

Praxis der Psychotherapie

Ein integratives Lehrbuch
für Psychoanalyse und Verhaltenstherapie

Herausgegeben von Wolfgang Senf und Michael Broda

Bearbeitet von

U. J. Bayen
K. W. Bilitza
D. Birnbacher
H. Böker
E. Brähler
M. Broda
P. Buchheim
R. W. Dahlbender
A. Dahm
B. Dahme
F.-W. Deneke
A. Dinger-Broda
U. T. Egle
W. Engelhardt

L. Fehm
J. Finke
G. Fischer
St. Fliegel
A. Franke
H. J. Freyberger
M. T. Gastpar
M. Geyer
B. Glier
A. Götz v. Olenhusen
N. E. Gurrus
G. Haag
E. Heim
St. Herpertz
G. Heuft
W. Huber

F. H. Kanfer
Th. Köhler
L. Kottje-Birnbacher
H. Kraft
B. Kröner-Herwig
J. Küchenhoff
H. Lang
G. Lempa
W. Lennerts
H. Lieb
H. Löwenberg
J. Margraf
W. Mertens
M. Neher
R. Nickel
A. von Pein

U. Prudlo
L. Reddemann
H. Reinecker
D. Revenstorf
C. Ringer
Ch. Rohde-Dachser
M. Rust
P. Scheib
B. Schmitz
G. Schüßler
P. Schuhler
J. Schumacher
R. Schwarz
J. Schwickerath
P. Seer
K. H. Seipel

W. Senf
C. Spitzer
U. Stangier
R.-D. Stieglitz
B. Strauß
U. Streeck
S. Stump
L. Teusch
B. Trenkle
I. Weigeldt
M. Wirsching
W. W. Wittmann
M. Zielke
F. T. Zimmer



Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York

Praxis der Psychotherapie

Praxis der Psychotherapie

Ein integratives Lehrbuch
für Psychoanalyse und Verhaltenstherapie

Herausgegeben von Wolfgang Senf und Michael Broda

Bearbeitet von

U. J. Bayen	H. J. Freyberger	W. Lennerts	J. Schumacher
K. W. Bilitza	M. T. Gastpar	H. Lieb	R. Schwarz
D. Birnbacher	M. Geyer	H. Löwenberg	J. Schwickerath
H. Böker	B. Glier	J. Margraf	P. Seer
E. Brähler	A. Götz von Olenhusen	W. Mertens	K. H. Seipel
M. Broda	N. F. Gurrus	M. Neher	W. Senf
P. Buchheim	G. Haag	R. Nickel	C. Spitzer
R. W. Dahlbender	E. Heim	A. von Pein	U. Stangier
A. Dahm	St. Herpertz	U. Prudlo	R.-D. Stieglitz
B. Dahme	G. Heuft	L. Reddemann	B. Strauß
F.-W. Deneke	W. Huber	H. Reinecker	U. Streeck
A. Dinger-Broda	F. H. Kanfer	D. Revenstorf	S. Stump
U. T. Egle	Th. Köhler	C. Ringer	L. Teusch
W. Engelhardt	L. Kottje-Birnbacher	Ch. Rohde-Dachser	B. Trenkle
L. Fehm	H. Kraft	M. Rust	I. Weigeldt
J. Finke	B. Kröner-Herwig	P. Scheib	M. Wirsching
G. Fischer	J. Küchenhoff	B. Schmitz	W. W. Wittmann
St. Fliegel	H. Lang	G. Schüßler	M. Zielke
A. Franke	G. Lempa	P. Schuhler	F. T. Zimmer

65 Abbildungen

85 Tabellen



1996

Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

Praxis der Psychotherapie : ein integratives Lehrbuch für Psychoanalyse und Verhaltenstherapie ; 85 Tabellen / hrsg. von Wolfgang Senf und Michael Broda. Bearb. von U. J. Bayen ... – Stuttgart ; New York : Thieme, 1996
NE: Senf, Wolfgang [Hrsg.]; Bayen, Ute J.

Wichtiger Hinweis: Wie jede Wissenschaft ist die Medizin ständigen Entwicklungen unterworfen. Forschung und klinische Erfahrung erweitern unsere Erkenntnisse, insbesondere was Behandlung und medikamentöse Therapie anbelangt. Soweit in diesem Werk eine Dosierung oder eine Applikation erwähnt wird, darf der Leser zwar darauf vertrauen, daß Autoren, Herausgeber und Verlag große Sorgfalt darauf verwandt haben, daß diese Angabe **dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes** entspricht.

Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag jedoch keine Gewähr übernommen werden. **Jeder Benutzer ist angehalten**, durch sorgfältige Prüfung der Beipackzettel der verwendeten Präparate und gegebenenfalls nach Konsultation eines Spezialisten festzustellen, ob die dort gegebene Empfehlung für Dosierungen oder die Beachtung von Kontraindikationen gegenüber der Angabe in diesem Buch abweicht. Eine solche Prüfung ist besonders wichtig bei selten verwendeten Präparaten oder solchen, die neu auf den Markt gebracht worden sind. **Jede Dosierung oder Applikation erfolgt auf eigene Gefahr des Benutzers.** Autoren und Verlag appellieren an jeden Benutzer, ihm etwa auffallende Ungenauigkeiten dem Verlag mitzuteilen.

Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden **nicht** besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, daß es sich um einen freien Warennamen handele.

Das Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

© 1996 Georg Thieme Verlag,
Rüdigerstraße 14, 70469 Stuttgart
Printed in Germany

Satz: Druckhaus Götz GmbH, Ludwigsburg,
gesetzt auf CCS Textline (Linotronic 630)
Druck: Appl, Wemding

Buchbinder: Großbuchbinderei Monheim GmbH, Monheim

ISBN 3-13-106091-3

Vorwort

Als sich die beiden Herausgeber vor Jahren in einer Arbeitsgruppe des „Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin“ zusammensetzten und Konzepte stationärer psychoanalytischer und verhaltenstherapeutischer Psychotherapie gegenüberstellten, war der erste Schritt auf einem Weg unternommen, der jetzt in der Fertigstellung dieses Lehrbuchs mündete. Die spannende Diskussion beleuchtete damals Aspekte der jeweiligen anderen Therapieschule, die bislang wohl versteckt hinter einer Mauer von gut gepflegten Vorurteilen blieben, und vermehrte die Erkenntnis, daß manches bei der „Gegenseite“ gar nicht so anders war, nur anders benannt wurde.

Der Zufall, daß diese Begegnung am Tag vor der Öffnung der Grenze zur DDR stattfand, verstärkte sicherlich den Willen, auch Mauern zwischen Therapieschulen durchlässiger zu machen. Zunächst dominierte der Wunsch, sich genauer darüber zu informieren, was die jeweilig andere Schule bei bestimmten Problemen macht und wie sie dies theoretisch fundiert.

Psychoanalytiker stochern immer nur in der Kindheit herum und spekulieren – Verhaltenstherapeuten kurieren Symptome oberflächlich und lassen die Biographie eines Menschen außer acht. Auch wenn niemand die Vorurteile in dieser platten Form ausspricht, so sind sie unserer Überzeugung nach Bestandteil von Überzeugungssystemen vieler Therapeuten. Somit stellten wir uns die Aufgabe, zunächst transparent zu machen, was die jeweils andere Richtung nach heutigem Erkenntnisstand für Positionen vertritt. Daß ein Psychoanalytiker nur in Ausnahmefällen zu einem guten Lehrbuch über moderne Verhaltenstherapie greifen wird – und dann vieles nicht versteht –, ist ein Dilemma, das ein Verhaltenstherapeut gut nachvollziehen kann. Meist erstrecken sich seine Kenntnisse über Psychoanalyse auf ein wenig Freud (meist vor dem Studium) oder einige theoretische Ätiologiemodelle. Und verständlich sind die publizierten Fallstudien in der Regel schon aus begrifflichen Gründen nicht.

Eine weitere Mauer existiert zwischen den Berufsgruppen der Ärzte und der Psychologen. Seit die klinische Psychologie mit dem Aufkommen vor allem der Verhaltenstherapie effektive Verfahren zur psychotherapeutischen Krankenbehandlung entwickelt hat, kämpfen sie und ihre Vertreter um einen gleichberechtigten Platz im Gesundheitswesen. Manche Mediziner sehen dadurch ihre Monopolstellung in der Versorgung gefährdet, manche Psychologen erklären Mediziner in dem Feld der Behandlung psychischer Erkrankungen für überflüssig. Auch hier ist es u.E. unerlässlich, Kooperationsformen unter der gegenseitigen Achtung der jeweiligen Kompetenzen zu fördern und die Chance, die sich aus der Zusammenarbeit dieser Berufsgruppen ergibt, zu nutzen. Die Tatsache, daß als Erstherausgeber des Lehrbuchs ein psychoanalytischer Arzt fungiert, hat mit dieser Problematik nichts zu tun. Er hatte die Idee zu diesem Buch und suchte sich dafür

einen psychologischen Verhaltenstherapeuten als Partner. Die Grenze zwischen den beiden großen Therapieschulen durchlässiger zu machen heißt jedoch nicht, eine Psychowelle nach dem Motto „Hauptsache, es wird etwas in Gang gesetzt“ zu unterstützen. Mit diesem Buch wollen wir auch deutlich machen, daß es Standards in der Psychotherapie gibt, die erfüllt werden müssen, daß die Qualität überprüfbar sein muß und therapeutisches Vorgehen nachvollziehbar zu sein hat. Diesen Forderungen entsprechen längst nicht alle Angebote auf dem „Psychomarkt“, es ist auch Intention dieses Lehrbuchs, Qualität und Mythos voneinander abzugrenzen und unterscheidbar zu machen.

In Zeiten vermehrter Diskussion um die Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens droht die „sprechende Medizin“, wie die Psychotherapie von Ärzten gerne genannt wird, wegen ihrer geringen Lobby, am ehesten Kürzungen unterworfen zu werden. Wenn dann noch, wie am Beispiel des Psychotherapeutengesetzes demonstrierbar, sich die Therapieschulen und Berufsgruppen untereinander die härtesten Gefechte liefern, wird es noch leichter, Psychotherapie aus der Krankenbehandlung zu drängen. Deswegen sind wir der Ansicht, daß die „Bedrohung“ der Psychotherapie nicht von dem jeweils anderen Therapieverfahren kommt, sondern psychotherapeutische Verfahren insgesamt, so sie qualitativen Überprüfungen standhalten, im Gesundheitswesen als Heilmethode ihren Stand nach außen verteidigen müssen. Nicht zuletzt macht die Diskussion um die Einführung eines Selbstbeteiligungsbeitrags bei ambulanter und stationärer Psychotherapie deutlich, welchen Stellenwert manche Gesundheitspolitiker dieser Therapieform einräumen.

Im Gegensatz zu diesen Entwicklungen kann mit Befriedigung festgestellt werden, daß sich die Psychotherapie in den letzten Jahrzehnten zu einer respektierten klinischen und wissenschaftlichen Disziplin entwickelt hat, die sich für die Behandlung psychischer Erkrankungen als geeignet und wirksam erwiesen hat. Die heutige Psychotherapie gründet auf Krankheits- und Behandlungstheorien, die sich über Jahrzehnte aus der klinischen Praxis entwickelt und für die klinische Praxis bewährt haben. Dies hat eine bemerkenswerte Vielfalt von therapeutischen Möglichkeiten hervorgebracht, mit denen Krankheiten und Leidenszustände behandelt werden können, die zu früheren Zeiten als kaum behandelbar galten. Dennoch war und ist bis heute kaum eine andere Behandlungsmethodik im Gesundheitswesen einem vergleichbar hohen Legitimationsdruck ausgesetzt. Die Bedeutung von Psychotherapie in der Krankenversorgung wird gelegentlich immer noch angezweifelt, eigenartigerweise auch unter Gesichtspunkten der Wirtschaftlichkeit, obwohl feststeht, daß bei vielen Erkrankungen durch eine rechtzeitig eingeleitete Psychotherapie kostenträchtige Patienten „karrieren“ und Chronifizierungen hätten vermieden werden können. Sicherlich auch als Reaktion auf diese Vorwürfe un-

terzieht sich die Psychotherapie selbst einer, mit anderen Methoden im Gesundheitswesen vergleichsweise sehr strengen, wissenschaftlichen Kontrolle und Evaluation der eigenen Praxis. Zudem ist kein anderes Therapieverfahren einer so konsequenten Qualitätssicherung unterworfen wie die Psychotherapie, wenn bedacht wird, daß keine Behandlung ohne vorherige Genehmigung durch Gutachterverfahren durchgeführt werden darf oder Qualitätssicherungsprogramme von Leistungsträgern entwickelt worden sind, die zu weitestgehender Transparenz und Überprüfbarkeit der erbrachten Therapien zwingen.

Wer auf dem Stand der neuesten Erkenntnisse Psychotherapie ausüben will, muß Wissen über und Erfahrungen mit allen in der Patientenversorgung anerkannten und angewendeten Grundverfahren und Behandlungstechniken haben sowie mit Versorgungsstrukturen vertraut sein. Dies ist unerlässlich, um zu einer fachlich korrekten Differentialindikation in der Lage zu sein und Empfehlungen für eine sachgerechte Psychotherapie geben zu können. Voraussetzung dafür ist, daß die Vertreter der verschiedenen Schulen ihre eigenen Positionen kritisch reflektieren und Vorurteile abbauen. Hier sind insbesondere diejenigen angesprochen, die als Lehrende die Inhalte der einzelnen Schulen vermitteln.

Zudem sollte jede Psychotherapeutin und jeder Psychotherapeut zumindest in einem gewissen Umfang in der Lage sein, Diagnostik und Behandlungstechniken der verschiedenen Grundverfahren selbst anzuwenden. Dies wird nicht nur in den neuen ärztlichen und psychologischen Weiterbildungsverordnungen gefordert, sondern sollte zum Selbstverständnis psychotherapeutischer Berufsidentität gehören.

Dieses Lehrbuch stellt die psychoanalytischen und verhaltenstherapeutischen Grundverfahren und Behandlungstechniken einander gegenüber und bietet somit erstmals die Möglichkeit, sich systematisch, fundiert, objektiv und gleichzeitig praxisbezogen vom Überblick bis ins Detail über die gegenwärtige psychotherapeutische Praxis zu informieren. Dabei werden auch die Verfahren vorgestellt, die zur Zeit nicht zu den anerkannten Verfahren zu rechnen sind.

Geschrieben ist das Lehrbuch für alle, die an Psychotherapie interessiert sind:

- Für den Anfänger, der sich eingehend über die Psychotherapie und die Ausbildung orientieren und einen ersten Einstieg finden möchte.
- Für den Lernenden, der alles, was er in der Aus- und Weiterbildung braucht, in diesem Buch finden kann.
- Für den Lehrenden, der alle Ausbildungsinhalte von anerkannten Experten kurz und übersichtlich dargestellt vorfindet.
- Für den Professionellen, der es wagen möchte, einen Blick über den Zaun seiner eigenen psychotherapeutischen Praxis zu werfen oder zu überprüfen, ob eigene Behandlungsstrategien noch dem heutigen Wissensstand entsprechen.

- Für die interessierte Öffentlichkeit (Gesundheitsbehörden, Kostenträger, Politiker), die sich in diesem Buch einen differenzierten und objektiven Überblick verschaffen kann.

Mit diesem Buch wollen wir dazu beitragen, daß die Überzeugung wächst, nur durch das Kennenlernen anderer Sichtweisen und Vorgehensweisen sich auch aufeinander zu bewegen zu können. Damit setzen wir auf Kooperation zwischen den Schulen statt auf Konfrontation. Für die weitere Entwicklung ist es aus unserer Sicht unerlässlich, sich auf gemeinsame Definitionen des Gegenstands zu verständigen und erprobtes und evaluiertes Wissen auch anderer Schulen zu integrieren. Dies soll nicht mißverstanden werden in Richtung eines unreflektierten Eklektizismus oder Integratismus – es werden nach wie vor auch große Unterschiede zwischen den Verfahren bestehen bleiben. Verschiedene Berufsgruppen müssen auch weiterhin eindeutig unterscheidbar bleiben und die Möglichkeit beibehalten, ihre Ausbildungs- und Anwendungsschwerpunkte nach ihrer persönlichen Entscheidung festzulegen. Die Grundlage für die Entscheidung soll jedoch mit diesem Lehrbuch rationaler gefällt werden können. Psychotherapie lebt vom gegenseitigen Ideenaustausch. Wir hoffen, daß das Buch die Vertreter verschiedener Schulen vermehrt zu gegenseitigem Austausch anregt und ermutigt.

Wir haben der Grundidee dieses Buchvorhabens entsprechend viele Kollegen und Freunde, Psychoanalytiker und Verhaltenstherapeuten, Ärzte und Psychologen gebeten, zu unserem Projekt einen Beitrag beizusteuern. Somit konnten wir die verschiedenen Schulen und die verschiedenen Berufsgruppen gleichberechtigt zu Wort kommen lassen und ein Überwiegen einer theoretischen Auffassung oder einer berufspolitischen Position weitestgehend vermeiden.

Das Vorwort ist auch der Ort des Dankes.

Großer Dank gebührt an erster Stelle den Autorinnen und Autoren, die wir als Experten für ihr jeweiliges Thema für dieses Projekt gewinnen und auch begeistern konnten. Sie haben alle in ihrer knapp bemessenen Zeit hervorragende und komprimierte Arbeiten beigesteuert. Wir denken, daß sie damit Vorreiter einer zukunftsorientierten Entwicklung der Psychotherapie sind. Wir möchten an dieser Stelle auch nicht verschweigen, daß wir bei manchen Kollegen mit unserem Konzept auf große Skepsis und Ablehnung gestoßen sind.

Herzlichen Dank sagen wir Herrn Dr. med. Thomas Scherb vom Georg Thieme Verlag. Er hat das Projekt mit innerer Verbundenheit, Geduld und Anregungen gefördert und begleitet und uns zum jeweils rechten Zeitpunkt kritisch ermutigt.

Essen/Berus im Sommer 96

Wolfgang Senf
Michael Broda

P.S. Wir wissen, daß wir in einem Gebiet arbeiten, in dem die meisten Patienten Patientinnen und die meisten Therapeuten Therapeutinnen sind. Auch in diesem Buch konnten wir das Problem der doppelten beidgeschlechtlichen Formulierung nicht lösen. Der Verlag wollte nur die männliche Form, wir haben es dann letztendlich den Autoren und Autorinnen überlassen, ohne eine einheitliche Vorgabe aufzustellen, wie sie ihre Formulierungen wählen.

Anschriften

U. J. Bayen Ph.D.
Assistant Professor of Psychology
University of Memphis
Memphis, Tennessee 38152
USA

Dr. phil. Dipl.-Psych. Klaus W. Bilitza
Grabenstr. 93
47057 Duisburg

Professor Dr. phil. Dieter Birnbacher
Heinrich-Heine-Universität
Philosophische Fakultät
40225 Düsseldorf

Dr. med. Heinz Böker
Zentrum der Psychiatrie
Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik
der J. W. Goethe-Universität
Theodor-Stern-Kai 7
60596 Frankfurt

Professor Dr. rer. biol. hum. habil. Elmar Brähler
Universität Leipzig
Abt. Medizinische Psychologie
und Medizinische Soziologie
Liebigstr. 21
04103 Leipzig

Dr. phil. Dipl.-Psych. Michael Broda
Klinik Berus
Zentrum für Psychosomatik und Verhaltensmedizin
Orannastr. 55
66802 Berus

Professor Dr. med. Peter Buchheim
Institut und Poliklinik für
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
der Technischen Universität
Klinikum rechts der Isar
Langerstr. 3
81675 München

Dr. med. Reiner W. Dahlbender
Abt. Psychotherapie
Universität Ulm – Klinikum
Am Hochsträß 8
89081 Ulm

Dr. med. A. Dahm
Kassenärztliche Bundesvereinigung
Herbert-Lewin-Str. 3
50931 Köln

Professor Dr. phil. Dipl.-Psych. Bernd Dahme
Psychologisches Institut III
Universität Hamburg
Von-Melle-Park 5
20146 Hamburg

Professor Dr. med. Friedrich-Wilhelm Deneke
Universitäts-Krankenhaus Eppendorf
Abt. Psychosomatik
Martinistr. 52
20246 Hamburg

Dr. phil. Dipl.-Psych. Andrea Dinger-Broda
Klinik Berus
Zentrum für Psychosomatik und Verhaltensmedizin
Orannastr. 55
66802 Überherrn-Berus

Professor Dr. med. Ulrich T. Egle
Klinik für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie der Universität
Langenbeckstr. 1
55131 Mainz

Dr. med. Wolfgang Engelhardt
Am Wald 53
66802 Überherrn

Dipl.-Psych. Lydia Fehm
Christoph-Dornier Stiftung für Klinische Psychologie
Institut Dresden an der Technischen Universität
Hohe Str. 53
01187 Dresden

Dr. med. Jobst Finke
Klinik für Allgemeine Psychiatrie
Universitäts-Klinikum Essen
Virchowstr. 174
45147 Essen

Professor Dr. med. Gottfried Fischer
Klinische Psychologie und Psychotherapie
Universität Köln
Zülpicher Str. 45
50923 Köln

VIII Anschriften

Dr. phil. Dipl.-Psych. Steffen Fliegel
Ruhr-Universität Bochum
Zentrum für Psychotherapie
44789 Bochum

Professor Dr. phil. Dipl.-Psych. Alexa Franke
Universität Dortmund
Fb 13: Klinische Psychologie und Psychosomatik
Postfach 50 05 00
44221 Dortmund

Priv.-Doz. Dr. med. Harald J. Freyberger
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie
und Psychotherapie der Universität
Sigmund-Freud-Str. 25
53105 Bonn

Professor Dr. med. Markus Theodor Gastpar
Klinik für Allgemeine Psychiatrie
Rheinische Landes- und Hochschulklinik
Virchowstr. 174
45147 Essen

Professor Dr. med. Michael Geyer
Klinik für Psychotherapie und
Psychosomatische Medizin der Universität
Karl-Tauchnitz-Str. 25
04107 Leipzig

Dr. phil. Dipl.-Psych. Barbara Glier
Fachklinik Hochsauerland
Leitende Psychologin
Zu den drei Buchen 2
57392 Schmallenberg

Albrecht Götz von Olenhusen
Rechtsanwalt
Lessingstr. 2
79100 Freiburg

Dipl.-Psych. Norbert F. Gurrus
Behandlungszentrum für Folteropfer
Haus 14
Spandauer Damm 130
14050 Berlin

Professor Dr. med. Dipl.-Psych. Gunther Haag
Elztal Klinik
Pfauenstr. 6
79215 Elzach-Oberprechtal

Professor Dr. med. Edgar Heim
Tannackerstr. 3
CH-3653 Oberhofen

Dr. med. Stephan Herpertz
Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie
Virchowstr. 174
45147 Essen

Privatdozent Dr. med. Gereon Heuft
LOA Klinik für Psychotherapie
Rheinische Landes- und Hochschulklinik
Virchowstr. 174
45147 Essen

Professor Dr. phil. Dipl.-Psych. Winfried Huber
Ferme de l'Abbaye
28 rue de la Soile
B-5380 Hemptinne

Professor Frederick H. Kanfer, Ph.D.
Department of Psychology
University of Minnesota
75 East River Rd.
Minneapolis MN 55455
USA

Priv.-Doz. Dr. phil. Dr. med. Thomas Köhler
Universität Hamburg
Psychologisches Institut III
Von-Melle-Park 5
20146 Hamburg

Dr. phil. Dipl.-Psych. Leonore Kottje-Birnbacher
Düsseldorfer Str. 55
40545 Düsseldorf

Dr. med. Hartmut Kraft
An der Ronne 196
50859 Köln

Professor Dr. phil. Dipl.-Psych. Birgit Kröner-Herwig
Georg-August-Universität Göttingen
Klinische Psychologie
Goßlerstr. 14
37073 Göttingen

Professor Dr. med. Joachim Küchenhoff
Abt. Psychotherapie und Psychohygiene
Sozienstr. 55a
CH-4051 Basel

Professor Dr. med. Dr. phil. Hermann Lang
Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie
der Universität Würzburg
Klinikstr. 3
97070 Würzburg

Dr. phil. Dipl.-Psych. Günter Lempa
Zentrum der Psychiatrie
Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik
Heinrich-Hoffmann-Str. 10
60528 Frankfurt

Dr. med. Wolfgang Lennerts
Psychosomatische Fachklinik Windach
Schützenstr. 16
86949 Windach/Ammersee

Dr. phil. Dipl.-Psych. Hans Lieb
Psychotherapeutische Praxis
Luitpoldstr. 3-9
67480 Edenkoben

Hagen Löwenberg
Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik
Rheinische Landes- und Hochschulklinik Essen
Virchowstr. 174
45147 Essen

Professor Dr. Dipl.-Psych. Jürgen Margraf
Technische Universität Dresden
Klinische Psychologie und Psychotherapie
01062 Dresden

Professor Dr. phil. Dipl.-Psych. Wolfgang Mertens
Psychologisches Institut der Universität
Abt. Klinische Psychologie
Leopoldstr. 13
80802 München

Dr. phil. Dipl.-Psych. Martin Neher
PVT Praxisgemeinschaft Klinische Verhaltenstherapie
Marktplatz 9
79539 Lörrach

Dr. med. Ralf Nickel
Klinik für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie der Universität
Langenbeckstr. 1
55131 Mainz

Dr. med. Andreas von Pein
Psychosomatische Fachklinik
Kurbrunnenstr. 12
67098 Bad Dürkheim

Dipl.-Psych. Uwe Prudlo
Milton H. Erickson Institut
Bahnhofstr. 4
78628 Rottweil

Dr. med. Luise Reddemann
Klinik für Psychotherapeutische Medizin
Graf-von-Galen-Str. 56/58
33619 Bielefeld

Professor Dr. phil. Dipl.-Psych. Hans Reinecker
Lehrstuhl für Klinische Psychologie
der Universität Bamberg
Markusplatz 3
96045 Bamberg

Professor Dr. phil. Dipl.-Psych. Dirk Revenstorf
Psychologisches Institut
Abt. Klinische und Physiologische Psychologie
Gartenstr. 29
72074 Tübingen

Dr. med. Christoph Ringer
CH-3206 Gammen

Professor Dr. rer. hum. biol. habil. Christa Rohde-Dachser
Institut für Psychoanalyse
Fachbereich Psychologie der Universität
Senckenberganlage 15
60054 Frankfurt

Dr. med. Manfred Rust
Siftung Tannenhof
Remscheider Str. 76
42899 Remscheid

Dipl.-Psych. Peter Scheib
Universität Freiburg
Abt. Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin
Hauptstr. 8
79104 Freiburg

Priv.-Doz. Dr. rer. soc. Dipl.-Psych. Bernt Schmitz
Psychosomatische Fachklinik
Kurbrunnenstr. 12
67098 Bad Dürkheim

Professor Dr. med. Gerhard Schüßler
Universitäts-Klinik für Medizinische
Psychologie und Psychotherapie
Sonnenburgstr. 9
A-6020 Innsbruck

Dr. phil. Dipl.-Psych. Petra Schuhler
Fachklinik Münchwies
Turmstr. 50-58
66540 Neunkirchen-Münchwies

Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Jörg Schumacher
Universität Leipzig
Abt. Medizinische Psychologie
und Medizinische Soziologie
Liebigstr. 21
04103 Leipzig

Priv.-Doz. Dr. med. Reinhold Schwarz
Chirurgische Universitäts-Klinik
Psychosoziale Nachsorgeeinrichtung
Im Neuenheimer Feld 155
69120 Heidelberg

Dipl.-Psych. Josef Schwickerath
Klinik Berus
Zentrum für Psychosomatik und Verhaltensmedizin
Orannastr. 55
66802 Überherrn-Berus

Dr. phil. Dipl.-Psych. Peter Seer
Theresienklinik
Rehab. und Präv. Sozialmedizin
Herbert-Hellmann-Allee 11
79188 Bad Krozingen

Dipl.-Psych. Dipl.-Päd. K. H. Seipel
Friedrich-Ebert-Str. 29
34117 Kassel

Professor Dr. med. Wolfgang Senf
Klinik für Psychotherapie
und Psychosomatik
Rheinische Landes- und Hochschulklinik
Universitätsklinikum
Virchowstr. 174
45147 Essen

Dr. med. Carsten Spitzer
Klinik für Neurologie der Universität
Ellernholzstr. 1-2
17487 Greifswald

X Anschriften

Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Ulrich Stangier
Psychologisches Institut
Universität Frankfurt
Robert-Mayer-Str. 1
60054 Frankfurt

Dr. rer. nat. Rolf-Dieter Stieglitz
Abt. Allgemeine Psychiatrie mit Poliklinik
der Albert-Ludwigs-Universität
Hauptstr. 5
79104 Freiburg

Priv.-Doz. Dr. phil. Dipl.-Psych. Bernhard Strauß
Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik
Universitätsklinik
Niemannsweg 147
24105 Kiel

Professor Dr. med. Ulrich Streeck
Tiefenbrunn-Krankenhaus für Psychotherapie,
Psychiatrie und psychosomatische Medizin
des Landes Niedersachsen
37124 Rosdorf bei Göttingen

Dr. phil. Dipl.-Psych. Silvia Stump
PVT Praxisgemeinschaft Klinische Verhaltenstherapie
Marktplatz 9
79539 Lörrach

Dr. med. Dipl.-Psych. Ludwig Teusch
Klinik für Allgemeine Psychiatrie
Universitätsklinikum Essen
Virchowstr. 174
45147 Essen

Dipl.-Psych. Bernhard Trenkle
Milton H. Erickson Institut
Bahnhofstr. 4
78628 Rottweil

Dr. med. Ina Weigeldt
Kurfürstenallee 110
28211 Bremen

Professor Dr. med. Michael Wirsching
Ärztlicher Direktor der Abteilung für Psychosomatik und
Psychotherapeutische Medizin der Universität Freiburg
Hauptstr. 8
79104 Freiburg

Professor Dr. phil. Dipl.-Psych. Werner W. Wittmann
Lehrstuhl Psychologie II
Universität Mannheim
Schloß Ehrenhof Ost
68131 Mannheim

Priv.-Doz. Dr. phil. Dipl.-Psych. Manfred Zielke
Lange Koppel 10
24248 Mönckeberg

Dr. phil. Dipl.-Psych. Friederike T. Zimmer
Tübinger Akademie für Verhaltenstherapie
Waldhäuserstr. 48
72076 Tübingen

Inhaltsverzeichnis

I Was ist Psychotherapie?

1. Was ist Psychotherapie? Versuch einer Definition

W. Senf, M. Broda

Psychotherapie, was ist das eigentlich?	2
Mögliche Definitionen	3
Erweiterte Definition	5

2. Geschichte und Entwicklungslinien der Psychotherapie

M. Geyer

Einleitung	6
Ausgangspunkt Gegenwart	6
Moderne Mythen über Psychotherapie	7
Integration und Spezialisierung im Wandel der Zeiten	7
Beschwerliche Rückkehr der Psychotherapie in die moderne Organmedizin	8
Brüche und Kontinuitäten in der Zeit des Nationalsozialismus	10
Psychotherapie in Deutschland nach 1945	10
Probleme auf der Suche nach einer professionellen Identität des Psychotherapeuten	11
Ziele und Aufgaben der Psychotherapie	11

3. Wissenschaftliche Grundlagen der Psychotherapie

F. H. Kanfer (übersetzt von M. Broda)

Drei Theoriekomponenten therapeutischer Arbeit	13
Datenquelle	15
Zweck und Fragestellung	15
Ergebniskriterien	15
Sprache	15
Soziale Verantwortung	15
Statisches vs. dynamisches Naturmodell	16

4. Psychotherapeutische Versorgungsstrukturen

R. W. Dahlbender

Psychotherapie als Dienstleistungssystem	18
Psychotherapeutisches Versorgungssystem der BRD	18
Implikationen der Übernahme der Patientenrolle	19
Psychotherapiebedarf und Diagnosespektrum	19

Struktur der psychotherapeutischen Versorgung	19
Nicht-heilkundlicher Versorgungskontext	24
Non-professioneller Versorgungskontext	25

5. Weiterbildung und Ausbildung in Psychotherapie – psychoanalytisch – tiefenpsychologisch fundiert

P. Buchheim

Spektrum psychoanalytischer und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie	26
Allgemeine Kriterien zum Erwerb psychotherapeutischer Kompetenz	26
Persönliche Eigenschaften von Psychotherapeuten	26
Inhaltliche Schwerpunkte beim Erwerb psychotherapeutischer Kenntnisse und Erfahrungen	27
Weiterbildungsprogramme für den Erwerb der Zusatzbezeichnungen „Psychotherapie“ und „Psychoanalyse“	27
Ausblick unter Aspekten der Integration und Evaluation	31
Anhang	32
Zusatzbezeichnung „Psychoanalyse“	32
Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“	32
Facharzt für „Psychiatrie und Psychotherapie“ – Inhalte für die Weiterbildung in Psychotherapie	32
Facharzt für „Psychotherapeutische Medizin“	33

6. Weiterbildung in Verhaltenstherapie

H. Lieb

Aufgabe der Psychotherapieausbildung	35
Aktueller Stand der Verhaltenstherapie-Ausbildung in der BRD	35
Geschichte der Verhaltenstherapie-Ausbildung	38
Orientierungsperspektiven einer Verhaltenstherapie-Ausbildung	39
Bewertung: Vor- und Nachteile der gegenwärtigen institutionell-kriterienorientierten Verhaltenstherapie-Ausbildung	39
Ausblick	41

II Diagnostik

7. Krankheitsbilder, Klassifikation, Dokumentation

H. J. Freyberger, R.-D. Stieglitz

Einleitung	44
Operationale Klassifikationsansätze in der ICD-10 und im DSM-IV	45
Komplementäre und ergänzende multiaxiale Ansätze	47
Dokumentation	49
Diskussion und Ausblick	50

8. Psychoanalytische Diagnostik

G. Schüßler

Entwicklung der psychoanalytischen Diagnostik	52
Psychoanalytische diagnostische Verfahren	52
Entwurf einer umfassenden psychoanalytischen Mehrebenendiagnostik: Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD)	58

9. Verhaltenstherapeutische Diagnostik .. 65

St. Fliegel

Kennzeichen verhaltenstherapeutischer Diagnostik ...	65
Diagnostisch-therapeutischer Prozeß in der Verhaltenstherapie	65
Problemanalyse – Kernstück der Verhaltenstherapie ..	66
Verfahren zur Informationsgewinnung (diagnostische Methoden)	69
Verhaltenstherapeutische Diagnostik zur Therapiekontrolle	73
Therapeutische Beziehung im diagnostischen Prozeß ..	74

10. Testdiagnostik in der Psychotherapie ... 75

J. Schumacher, E. Brähler

Zum Testbegriff	75
Klassifikation von Testverfahren	76
Anwendungsfelder der Testdiagnostik in der Psychotherapie	78
Überblick zu Testverfahren mit Therapiebezug	80
Zusammenfassung	84

III Psychoanalytische Psychotherapie

11. Grundlagen psychoanalytischer Psychotherapie

W. Mertens

Leidender Patient: Grundkonzeption des psychoanalytischen Konflikt- und Krankheitsverständnisses	86
Psychoanalytische Schulrichtungen in ihrer modellhaften Vereinfachung	86
Übertragung	90
Gegenübertragung	104
Widerstand	112
Psychoanalytisches Erstgespräch	118
Psychoanalytische Wirkfaktoren	120

12. Psychoanalytische Therapieverfahren .. 124

U. Streeck

Systematik psychoanalytischer Therapieverfahren	124
Geschichte der psychoanalytischen Therapie	125
Klassische Psychoanalyse	126
Von der Psychoanalyse abgeleitete Therapieverfahren	129
Anwendungsbereiche analytischer Psychotherapie	135
Psychoanalytische Therapieverfahren in der kassenärztlichen Versorgung	137

IV Verhaltenstherapie

13. Verhaltenstherapie

H. Reinecker

Grundlagen und Entwicklung der Verhaltenstherapie ..	140
Therapie als Änderungsprozeß – Ein Stufen-Modell für die Verhaltenstherapie	147

Verhaltensdiagnostik und Verhaltensanalyse	151
Methoden der Verhaltenstherapie	156
Operante Verfahren	162
Verhaltenstherapie: Anwendung und Perspektiven	176

V Weitere Psychotherapieverfahren

14. Familientherapie – eine heterogene

Praxis 184

P. Scheib und M. Wirsching

Ansatzpunkt der Familientherapie	184
Familientherapie im psychosomatisch-psychotherapeutischen Kontext	186
Veränderungskonzepte	188
Theoretische und therapeutische Perspektiven in der Familientherapie	189
Familiengespräch – einige Grundregeln	193
Dokumentation	194
Forschung und Professionalisierung	194

15. Gesprächspsychotherapie 195

J. Finke und L. Teusch

Krankheits- und Persönlichkeitskonzept	195
Therapietheorie	195
Therapieprinzipien	196
Zielorientierte und störungsspezifische Methodik	198
Anwendungsfelder	198
Schlußbemerkung	200

16. Hypnosetherapie und Hypnose 201

U. Prudlo, B. Trenkle und D. Revenstorf

Überblick	201
Tranceinduktion	203
Klassische und moderne Hypnose	205
Hypnoanalyse	205
Epiktise	206

17. Körpertherapien 207

J. Küchenhoff

Warum Körpertherapien?	207
Einteilung der Körpertherapien	207
Theoretische Grundlagen	208
Wirkungsprinzipien von Körpertherapien	208
Elemente körpertherapeutischer Praxis	209
Beispiele für Körpertherapien	209
Indikation und Risiken	210

18. Übende und entspannende Verfahren .. 211

P. Seer

Progressive Muskelentspannung	211
Konzentrationale Meditation	213

19. Katathym-imaginative

Psychotherapie 216

M. Rust

Grundlagen	216
Methodik	217
Verfahren	218
Zusammenfassung	220

20. Autogenes Training 221

H. Kraft

Autogenes Training als Basispsychotherapeutikum	221
Funktionsweise des Autogenen Trainings	222
Indikationen und Kontraindikationen	222
Grundstufe des Autogenen Trainings	222
Ausblick	224
Aus- und Weiterbildung	225

VI Integrative Therapieansätze

21. Entwicklung der integrativen

Therapie 228

W. Huber

Was ist Eklektizismus und Integration in der Psychotherapie?	228
Entwicklung zur integrativen Therapie	229
Interesse, Hindernisse und Zukunft der integrativen Therapie	230

22. Begründung der integrativen

Psychotherapie 231

E. Heim

Ausefern des Psychomarktes	231
Keine Überlegenheit einer Theorie oder Methode	231

Wirksamkeitsforschung	232
Gemeinsame Prozeßfaktoren	232
Strukturelle Bedingungen	232

23. Modelle der Ausbildung in integrativer Psychotherapie

..... 234

E. Heim

Methodenpluralismus	234
Integrative Ausbildung	235

XIV Inhaltsverzeichnis

24. Problemorientierte Therapie (POT) als Beispiel einer integrativen Ausbildung . 236

E. Heim und C. Ringer

Historischer und lokaler Kontext der problemorien-
tierten Psychotherapie 236

Hauptmerkmale von POT und ihre didaktische
Umsetzung 236
Didaktisches Setting 236
Zusammenfassung 236

VII Psychobiologische Grundlagen und Pharmakotherapie in der Psychotherapie

25. Psychobiologische Grundlagen der Psychotherapie 242

Th. Köhler und B. Dahme

Einleitung 242
Biochemische Grundlagen psychischer Störungen 242
Psychobiologische Grundlagen von Sucht und
Schmerz 246
Psychophysiologische Grundlagen verhaltensmedizi-
nischer Interventionen 248

26. Psychotherapie und Pharmakotherapie 250

L. Teusch und M. T. Gastpar

„Reine“ Psychotherapie oder Kombination mit Phar-
makotherapie? 250
Spezielle Aspekte der Kombination mit psychotropen
Substanzen 251
Psychopharmakotherapie und therapeutische
Beziehung 253
Soll der Psychotherapeut selbst Psychopharmaka
verordnen? 254
Nimmt die psychopharmakologische Mitbehandlung
den für die Therapie notwendigen Leidensdruck? 254
Schlußfolgerungen 254

VIII Praktische Hinweise

27. Praktische Hinweise für den psychotherapeutischen Alltag 256

M. Broda und W. Senf

Aspekte der Praxisführung und des Settings 256
Professionelles Verhalten des Psychotherapeuten 262
Typische Problemsituationen für Anfänger 265
Anhang 266

IX Krankheitsbilder: Wie werden sie behandelt?

28. Angstkrankheiten 268

Psychoanalytische Therapie 268
W. Senf

Angst als natürliche Disposition des Menschen 268
Angstentwicklung im Lebenszyklus 268
Angst als pathologisches Phänomen 268
Klinik und Angstkrankheiten 270
Psychotherapie der Angstkrankheiten 271

Verhaltenstherapie 272
J. Margraf und L. Fehm

Beschreibung der Störungen 273
Diagnostik 274
Psychotherapeutische Ansätze zur Behandlung
der Angstkrankungen 275

29. Depression	279	Psychoanalytische Therapie bei dissoziativen Störungen	309
Psychoanalytische Therapie	279	H. J. Freyberger und C. Spitzer	
L. Reddemann		Zur Geschichte des Dissoziationsbegriffes	309
Erstkontakt – eine Patientin in Not	279	Neuere Entwicklungen im Zusammenhang mit dem Dissoziationskonzept	309
Einleitung der Behandlung	281	Dissoziative Störungen in der ICD-10 und dem DSM-IV	310
Diagnose	282	Epidemiologische Aspekte	312
Setting	283	Konsequenzen für therapeutische Ansätze	312
Wichtige Themen in der Behandlung	283	Diskussion	314
Modifikation der einzeltherapeutischen Arbeit	284	Psychoanalytische Therapie eines Patienten mit narzißtischer Persönlichkeitsstörung	314
Depressionen im Rahmen posttraumatischer Belastungsstörungen	285	H. Lang	
Verhaltenstherapie	287	Psychotherapeutischer Prozeß	317
F. T. Zimmer		Verhaltenstherapie bei Persönlichkeitsstörungen	318
Beschreibung der depressiven Symptomatik	287	B. Schmitz	
Epidemiologie und Klassifikation	287	Einleitung	318
Indikation und Kontraindikation kognitiver Verhaltenstherapie	288	Kognitiver Ansatz bei Persönlichkeitsstörungen ...	320
Diagnostik und Erstgespräch	289	Kognitiv-interpersoneller Ansatz: bei Persönlichkeitsstörungen	328
Problemanalyse	289	Verhaltenstherapeutischer Ansatz bei Persönlichkeitsstörungen	330
Ansätze zur Behandlung	291	Dialektische Verhaltenstherapie: bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen	330
Spezifische Aspekte bei der Therapie chronisch Depressiver	295	Überlegungen zum Umgang mit der Ich-Syntonie	332
Evaluation und Bewertung	296	Gemeinsamkeiten kognitiver und verhaltenstherapeutischer Ansätze	333
30. Persönlichkeitsstörungen	297	Verhaltenstherapie bei narzißtischer Persönlichkeitsstörung	334
Psychoanalytische Therapie bei Borderlinestörungen ..	297	K. H. Seipel	
Ch. Rohde-Dachser		Einleitung	334
Borderlinekasuistik	297	Diagnostische Hinweise	334
Beschwerdebild	297	Interaktionsanalyse	335
Borderlinediagnose	297	Verhaltensanalytische Überlegungen	336
Epidemiologie	298	Therapieziele und Behandlungsplan	336
Ätiologie	298	Behandlung und Verlauf	337
Psychodynamik	298	Drei Hauptkriterien narzißtischer Persönlichkeitsstörung	337
Behandlungsgrundsätze	299	31. Psychosen	340
Psychoanalytische Therapie bei Hysterie	302	Psychoanalytische Therapie	340
J. Küchenhoff		H. Böker und G. Lempa	
Hysterie und die Entstehung der Psychoanalyse ...	302	Einleitung	340
Diagnostik und Klinik	303	Schizophrene Psychosen	340
Darstellung der Psychodynamik	304	Affektive Psychosen	342
Epidemiologie	304	Zusammenfassung	344
Genetischer Konflikt	304	Verhaltenstherapie bei schizophrenen Erkrankten	344
Aspekte der Psychotherapie hysterischer Störungen	305	W. Engelhardt	
Zusammenfassung therapeutischer Intervention in der Kurzzeittherapie bei Personen mit hysterischer Persönlichkeit	305	Einleitung	344
Psychoanalytische Therapie bei narzißtischen Störungen	306	Vermittlung eines Krankheitsmodells	345
F.-W. Deneke		Trainingsprogramme zur Verbesserung sozialer Fertigkeiten	345
Kurze historische Einführung zum Begriff „Narzißmus“	306	Kognitive Interventionen	345
Narzißtische Persönlichkeitsstörung	307		
Narzißmus im erweiterten Sinne	307		
Zur Psychogenese, Psychodynamik und Therapie von Patienten mit ausgeprägt narzißtischen Zügen	308		

Interventionsmöglichkeiten bei persistierender psychotischer Symptomatik	346	Verhaltenstherapie	378
Förderung vorhandener Bewältigungs- und Kompensationsmechanismen	347	A. Franke	378
Selbstkontrollansätze	347	Einleitung	379
Psychoedukative Angehörigengruppen	347	Diagnose	379
Komorbidität mit anderen psychischen Störungen	348	Ätiologie	381
Therapeutische Beziehung	348	Verhaltenstherapeutische Verfahren	382
		Therapieverlauf	382
32. Zwang	349	36. Bulimia nervosa	384
Psychoanalytische Therapie	349	Psychoanalytische und symptomzentrierte Aspekte ...	384
H. Lang		St. Herpertz	384
Symptomatik	349	Einleitung	384
Epidemiologie	349	Diagnose	385
Differentialdiagnose: Zwanghafte Persönlichkeit und zwanghafte Charakterneurose	350	Epidemiologie	385
Psychodynamik und Ätiologie	350	Ätiologie	386
Therapie	352	Prognose	386
Zentrale Faktoren des psychoanalytisch orientierten Prozesses in der Therapie der Zwangsneurose	354	Therapie	386
33. Abhängigkeitserkrankungen, Sucht	355	Verhaltenstherapie	388
Psychoanalytische Therapie	355	W. Lennerts	
K. W. Bilitza		Einleitung	388
Einleitung	355	Störungsbild der Bulimia nervosa	388
Übertragung und Gegenübertragung in der therapeutischen Beziehung mit Abhängigkeitskranken	355	Diagnose	389
Objektbeziehungstheorie und Abhängigkeitserkrankung	356	Epidemiologie	390
Verhaltenstherapie	358	Verlauf	391
P. Schuhler		Ätiologie	392
Therapeutisches Programm	359	Therapie	393
Evaluation und Katamnese	364	Zusammenfassung	397
34. Pathologisches Spielverhalten	365	37. Adipositas	398
Verhaltenstherapie	365	Verhaltenstherapie	398
J. Schwickerath		M. Zielke	
Einleitung	365	Definition und Behandlungsbedürftigkeit	398
Störungsbild	365	Risikofaktoren und Komorbidität	398
Therapie	367	Problemgebiete und verhaltensmedizinische Diagnostik	399
35. Anorexia nervosa	372	Verhaltensmedizinische Interventionen	401
Psychoanalytische Therapie	372	Bewertung des Behandlungsansatzes	403
St. Herpertz		38. Funktionelle Syndrome	404
Einleitung und historische Betrachtung	372	Psychoanalytische Therapie	404
Diagnose	372	L. Reddemann	
Epidemiologie	373	Einleitung	404
Ätiologie	373	Diagnostik	404
Prognose	373	Therapie	405
Therapie	375	Verhaltenstherapie	407
	375	A. v. Pein	
		Definition und alternative Bezeichnungen	407
		Diagnostik	407
		Besonderheiten	408
		Therapeutische Implikationen	408
		Therapieverlauf	409
		Abschließende Bemerkungen	409

39. Sexuelle Störungen	410	42. Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen	445
Verhaltenstherapie	410	Psychoanalytische Psychotherapie	445
St. Fliegel		J. Küchenhoff	
Hinführen zum Thema und Überblick	410	Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen aus der Perspektive des bio-psycho-sozialen Modells ..	445
Überblick zum verhaltenstherapeutischen Ablauf bei der Behandlung sexueller Störungen	411	Epidemiologie und Ätiologie	445
Informationserhebung	411	Klinik	445
Beschreibung sexueller Störungen (symptomatologische Modelle)	412	Seelische Belastungsfaktoren durch die Krankheit	446
Ursachen sexueller Störungen (Ätiologie und Problemanalyse)	412	Persönlichkeit, Psycho- und Familiendynamik	446
Exkurs	414	Psychotherapeutische Behandlung und Begleitung von Patienten mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen	448
Verhaltenstherapeutische Interventionen	414	Verhaltenstherapie	449
Implikationen für die therapeutische Beziehung ..	416	B. Glier	
Abschließende Bemerkung	417	Einleitung	449
40. Schmerzsyndrome	418	Chronische und krankheitsspezifische Belastungen	449
Psychoanalytische Therapie	418	„Cure or Manage“?	450
U. T. Egle und R. Nickel		Multidimensionale Verhaltensdiagnostik – deskriptive und funktionale Verhaltensanalysen ..	450
Einleitung	418	Verhaltenstherapeutische Behandlungsziele und -methoden	453
Diagnostische Einteilung	418	43. Alte Menschen	454
Differentielle Indikation zu den verschiedenen Psychotherapieverfahren	421	Psychoanalytische Psychotherapie	454
Grundlagen psychoanalytisch orientierter Psychotherapie bei somatoformen Schmerzzuständen	421	C. Heuft	
Wirksamkeit psychoanalytisch orientierter Psychotherapie bei Schmerz	423	Ein kurzer historischer Überblick	454
Verhaltenstherapie	425	Epidemiologie – Bedarf an Psychotherapie alter Menschen	454
B. Kröner-Herwig		Diagnostik	455
Ein chronisches Schmerzsyndrom	425	Psychoanalytische Behandlungsansätze	456
Hypothesen zur Aufrechterhaltung des Schmerzsyndroms	426	Verhaltenstherapie	458
Indikationshinweise	426	G. Haag und U. J. Bayen	
Therapeutisches Programm	427	Diagnostik in der Gerontologie	458
Effekte der Therapie	428	Behandlungsmethoden	459
41. Hauterkrankungen	429	Anwendungsfelder	459
Psychoanalytische Psychotherapie	429	Verhaltenstherapie bei Demenz	459
H. Löwenberg		Vorteile des verhaltensgerontologischen Ansatzes	460
Einleitung	429	Ethik der Verhaltensgerontologie	461
Klassifikation psychodermatologischer Störungen	429	44. Chronisch-körperliche Erkrankungen ...	462
Psychoanalytische Theorien zur Psychosomatik der Haut	429	Tiefenpsychologische (psychoanalytische) Therapie ...	462
Psychoanalytische Diagnostik im Bereich der Psychodermatologie	430	G. Schüßler	
Psychoanalytische Therapie	432	Vorbemerkungen	462
Verhaltenstherapie	436	Problemstellung	462
U. Stangier		Therapeutisches Vorgehen	463
Einleitung	436	Verhaltenstherapie	464
Problembereiche aus psychologischer Sicht	436	A. Dinger-Broda	
Diagnostik	438	Vorbemerkungen	464
Spezielle Interventionen	441	Besondere Problemstellungen	464
		Therapeutisches Vorgehen	467
		Ausblick	469

45. Onkologische Erkrankungen	471
Psychotherapeutische Zugänge: Perspektiven der Tiefenpsychologie	471
R. Schwarz	
Diagnose „Krebs“ – kollektive und individuelle Ebenen	471
Ansätze einer tiefenpsychologischen Psychosozialen Onkologie	472
Diagnostik und Differentialdiagnostik	472
Psychische Störungen bei Krebskranken	472
Psychotherapeutische Basis	473
Psychotherapeutische Zugänge	473
Psychodynamisch-psychoanalytische Therapie	474
Gegenübertragung in der Arbeit mit Krebskranken	475
Verhaltenstherapie	475
S. Stump	
Psychosoziale Belastungen und Auswirkungen	475
Anwendungskontext	476
Verhaltensmedizinische Interventionen bei Krebs	477
Zusammenfassung	478

X Rahmenbedingungen der Berufspraxis

48. Rechtliche Grundlagen der Psychotherapie	492
A. Götz v. Olenhusen	
Berufsausübung, Psychotherapeutengesetz	492
Aufklärungspflicht	493
Schweigepflicht, Zeugnisverweigerung	493
Haftung	493
Kassenarztrecht	493
49. Gesundheitspolitische Grundlagen der ambulanten Psychotherapie im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung	495
A. Dahm	
Ambulante Psychotherapie in ihrer geschichtlichen Entwicklung	495
Inhalte der Psychotherapie-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen	495
Psychotherapie-Vereinbarungen zwischen den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und den Spitzenverbänden der Krankenkassen	496
Sicherstellung von ambulanter psychotherapeutischer Versorgung	497
Ökonomische Grundlagen	497
Geplantes Gesetz über den Beruf des psychologischen Psychotherapeuten und analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten	498

46. Grenzverletzungen: Folter und sexuelle Traumatisierung	479
G. Fischer und N. F. Curris	
Extremeeinwirkung auf den Organismus: Folter und Folterfolgen aus behavioraler Sicht	480
Sexuelle Traumatisierung	482
47. Notfälle	485
Psychoanalytische Behandlungsansätze	485
G. Heuft	
Wann ist eine psychische Krise ein Notfall?	485
Vom Standardsetting zur Notfallbehandlung	485
Notfallsituationen	486
Anforderungen an eine Notfallpsychotherapie	490

50. Ethik in der Psychotherapie und der Psychotherapieausbildung	499
D. Birnbacher und L. Kottje-Birnbacher	
Warum Ethik der Psychotherapie?	499
Normativer Rahmen: 4-Prinzipien-Modell	500
Anwendungen der vier Prinzipien	500
Ethische Probleme in der therapeutischen Ausbildung	505
51. Kassenantrag	507
Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Therapie	507
I. Weigeldt	
Der Bericht (Formblätter PT 3a, b, c)	508
Umwandlung von Kurzzeit- in Langzeittherapie ...	513
Schlußwort	513
Verhaltenstherapie	514
M. Neher	
Rahmenbedingungen der Antragsstellung	514
Verhaltensdiagnostik/probatorische Termine	515
Primär- und Ersatzkassen	516
Privatversicherungen	519
Abschließende Bemerkungen	519

XI Wie hilft Psychotherapie?

52. Wie hilft Psychotherapie? 522

B. Strauß und W. W. Wittmann

Psychotherapieforschung und Psychotherapeutische

Praxis 522

Methodische und konzeptuelle Grundlagen der

Psychotherapieforschung 523

Wirkfaktoren der Psychotherapie 527

Literatur 534

Sachverzeichnis 581

46. Grenzverletzungen: Folter und sexuelle Traumatisierung

G. Fischer und N. F. Gurris

Bei der Erforschung und Behandlung extremer psychischer Belastungssituationen im Rahmen der psychologischen Traumalogie ist seit etwa 10 Jahren in den USA und seit einiger Zeit auch in Deutschland eine faszinierende Kooperation, bisweilen sogar Konvergenz psychodynamischer und verhaltenstheoretischer Ansätze zu beobachten. Als Beispiel aus der Literatur kann etwa das „International Handbook of Traumatic Stress Syndromes“ von Wilson u. Raphael (1993) genannt werden. Hier sind psychodynamische wie behaviorale Beiträge in annähernd gleicher Zahl vertreten. Zudem sind die meisten Autoren, auch wenn sie primär vom einen oder anderen Ansatz ausgehen, um eine Integration von dynamischen und behavioralen Konzepten bemüht. Ein weiteres interessantes Beispiel für eine sich anbahnende Methodenintegration ist der Band von Wilson u. Lindy (1994) „Countertransference in the Treatment of PTSD“. Darin berichten Therapeuten und Forscher aus verschiedenen Therapierichtungen über typische Gegenübertragungsreaktionen bei Traumaopfern unterschiedlicher Genese.

Gegenübertragung ist primär ein psychoanalytisches Konzept. Patienten übertragen unbewußt zentrale unbewältigte Beziehungsmuster auf den Therapeuten und beziehen diesen in das unbewußte Rollenangebot ein. Dieser Vorgang entwickelt bei Traumaopfern eine so massive Dynamik, daß das Verständnis der eigenen Gegenübertragungsreaktionen und der adäquate Umgang mit ihnen mittlerweile in sehr unterschiedlichen Therapiekonzepten als zentral für die Therapie wie auch die Psychohygiene des Therapeuten betrachtet wird. Auch Verhaltenstherapeuten, die in diesem Zusammenhang von „Klientenverhalten“ und „reziprokem Therapeutenverhalten“ sprechen, widmen diesen therapeutisch bedeutsamen Prozessen umfangreiche Interventionsstrategien (Safran u. Segal 1990, Mollica u. Caspi-Yavin 1992), die im wesentlichen den kooperativen und offengelegten Austausch dieser Phänomene zwischen Therapeut und Klient beinhalten durch Feedback, „Sokratischen Dialog“ und „going public with the data“ (Meichenbaum 1994), d.h. Therapeuten teilen den Klienten analoge und digitale Verhaltensbeobachtungen in angemessener Form mit, gleichen diese mit den Klienten ab und ermutigen, neue Sichtweisen und Bewältigungsfertigkeiten zu entwickeln.

Eine weitere gemeinsame Ausgangsbasis von Psychoanalyse und Verhaltenstherapie ist bei Traumapatienten die Notwendigkeit, zu Therapiebeginn und vor allen weiterreichenden Interventionen die Fähigkeit des Patienten zur Selbstberuhigung und Selbstdesensitivierung zu stärken. Auch die meisten psychoanalytisch vorgebildeten Therapeuten, die in der Traumatherapie tätig sind, verwenden Entspannungsverfahren, um Patienten zu stärken, wenn sie unter den intrusiven Symptomen der psychotraumatischen Belastungsreaktionen leiden, wie Alpträumen, sich aufdrängenden Erinnerungsbildern oder dissoziiertem Wiedererleben der traumatischen

Situation. Die Verhaltenstherapie hat, ausgehend von der Progressiven Muskelentspannung nach Jacobsen, eine Vielfalt von Verfahren entwickelt, die sich den Bedürfnissen von Patienten mit unterschiedlichen traumatischen Erfahrungen anpassen lassen (Bernstein u. Borkovec 1990, Lazarus u. Mayne 1990, Wendlandt 1992, Margraf u. Schneider 1990). Sie reichen bis hin zu hypnotherapeutischen Ansätzen (Spiegel u. Cardena 1990, Dolan 1991), die seit einigen Jahren von vielen Verhaltenstherapeuten aufgenommen werden. Diese Verfahren sind zugleich Grundlagen für z.B. kognitiv-behaviorale Behandlungen von Ängsten, Panikzuständen, Phobien, Zwängen und psychosomatischen Schmerzzuständen, unter denen viele Traumapatienten leiden.

Trotz sich abzeichnender Ergänzungen zwischen psychodynamischen und behavioralen Verfahren zeichnen sich diese beiden Ansätze doch durch divergente Basisstrategien der Therapieführung, durch entgegengesetzte Therapiestile aus. Das macht einen Vergleich beider Vorgehensweisen für die Praxis so interessant.

Verhaltenstherapeuten tendieren dazu, den Therapieplan als Folge aufeinander abgestimmter Handlungseinheiten (bisweilen eklektisch oder „multimodal“, s. A. Lazarus 1981) und kognitiver Umstrukturierungsprozesse zu entwerfen. Während Methoden der Beziehungsklärung eher begleitend zur Unterstützung des Therapieplans eingesetzt werden, werden Klienten in der kognitiven Verhaltenstherapie im „Sokratischen Dialog“ aktiv dazu angeregt, bisherige Annahmen, Glaubensgrundsätze und Attributionen zu überprüfen und in für sie angemessener Weise zu verändern. Die Therapeutenhaltung ist einführend empathisch bis direktiv-konfrontierend.

Primäre Ziele des psychodynamischen Therapiestils sind die erweiterte Selbstexploration und Beziehungsklärung sowie die Einsicht auch in die unbewußten Aspekte der Therapeut-Klient-Beziehung. Je intensiver sich der Austausch zwischen beiden Verfahren gestaltet – dies möglichst bezogen auf bestimmte „Domänen“ der Forschung und Praxis, wie etwa die Psychotraumatologie –, desto mehr erfahren wir über gemeinsame Wirkungsmuster, aber auch über die differenzielle bzw. adaptive Indikation beider Therapieformen.

Wird psychische Traumatisierung von Menschen herbeigeführt, möglicherweise sogar planmäßig und absichtsvoll wie in der Folter oder bei Vergewaltigung, so können wir solche „Man-made“-Desaster als übelste Form und möglicherweise sogar als Prototyp absichtsvoller Grenzverletzungen betrachten. Das betroffene Individuum gerät durch sie in eine Situation von extremer Hilflosigkeit und Ausgeliefertsein, die über kurz oder lang dazu führt, daß wichtige psychische, kognitive oder behaviorale Funktionen zusammenbrechen. Die folgende **Definition des psychischen Traumas** enthält einige Gesichtspunkte, die sowohl aus psychodynamischer wie verhaltenstheoretischer Sicht von Bedeutung sind:

Psychisches Trauma ist ein „vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von **Hilflosigkeit** und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte **Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis** bewirkt (Fischer u. Riedesser 1996, Fischer, Gurriss, Pross u. Riedesser 1995).

Die Erschütterung des Selbstverständnisses äußert sich oft in den unbegründeten Selbstanklagen, z.B. angesichts der überwältigenden Bedrohung, „versagt“ zu haben. Die Wiederherstellung des erschütterten Weltverständnisses, der „shattered assumptions“ (Janoff-Bulman 1992), kann oft Jahre in Anspruch nehmen. Diese Traumafolge der Erschütterung kognitiv-emotionaler Annahmen eines Menschen über sich und die Welt ist ein gutes Beispiel für ein sich anbahnendes integratives, behaviorales wie psychodynamisches Traumaverständnis. Janoff-Bulman, die mit einem sozialkognitiven Ansatz arbeitet, führt hierin Überlegungen von Mardi Horowitz, einem Psychoanalytiker und Kognitionsforscher fort, der Trauma als Zusammenbruch der Informationsverarbeitungskapazität des Organismus definiert und in der allmählichen Integration der traumatischen Erfahrung in die kognitiv-emotionalen Schemata der Person die wesentliche Möglichkeit sieht, Traumen zu verarbeiten. Unter Bezugnahme auf die Horowitz-Traumatheorie betrachtet auch Janoff-Bulman die Wiederherstellung (rebuilding) der „shattered assumptions“ als zentralen Vorgang gelingender Traumaverarbeitung.

„Hilflosigkeit“ als Folge des Traumas, aktuell wie auch dauerhaft, ist ebenfalls ein verbindendes Konzept zwischen verhaltenstheoretischer und psychoanalytischer Sichtweise. Seligmans Theorie der gelernten Hilflosigkeit (1992) und seine Gesichtspunkte zur Überwindung dieses Zustands wurden zwar nicht explizit im Rahmen der Traumaforschung formuliert, sie können jedoch wichtige Anregungen zur Therapieplanung geben und haben vieles gemeinsam mit „ich-stützenden“ und „ich-stärkenden“ Techniken, wie sie von der psychoanalytischen Ich-Psychologie entwickelt wurden.

Auch auf die Definition von Trauma als einem relativen Phänomen, das aus der Diskrepanz zwischen bedrohlichen objektiven Situationsfaktoren und individuellen Bewältigungsmöglichkeiten erwächst, können Psychoanalyse und Verhaltenstherapie sich mittlerweile einigen. R. Lazarus (1981) hat mit seiner „transaktionalen“ Sichtweise von Streßphänomenen dieses Konzept im behavioralen Ansatz formuliert. Die Psychoanalyse erforscht zwar stärker die Erlebnisseite bei seelischen Verletzungen, betont jedoch auch seit Freuds früherer Traumadefinition die Wirkung des traumatischen „Stressors“ als Reizüberflutung durch „unphysiologische“ Umweltfaktoren.

Im folgenden werden wir am Beispiel von Folter einen behavioralen Verständniszugang und Interventionsmethoden aufzeigen, am Beispiel der sexuellen Traumatisierung den psychoanalytischen Gesichtspunkt der psychischen „Grenzverletzung“, die Verformung der Grenzen zwischen Selbst und Anderen, wie er in der Tradition der „Objektbeziehungstheorie“ und der „Selbstpsychologie“ vertreten wird. Wir wollen also keine vollkommene Integration von dynamischer und behavioraler Sichtweise demonstrieren, jedoch Anregungen geben, wie von beiden Seiten her die sachlich nicht immer begründete Dichotomie zwischen den unter-

schiedlichen Ausgangspositionen überwunden werden kann.

Extremeinwirkung auf den Organismus: Folter und Folterfolgen aus behavioraler Sicht

Konditionierungsmodelle

Zum Verständnis der Extremtraumatisierung durch Folter, Erfahrungen, die nach der Definition des DSM sicher weit außerhalb der üblichen Bereiche menschlichen Erlebens liegen, greift der verhaltenstheoretische Ansatz zurück auf die klassischen Lerntheorien von Pawlow und Skinner. Aus der Sicht heutiger Praxis können zwischen den beiden bekanntesten Modellen, dem der **respondenten** Konditionierung nach Pawlow und dem der **instrumentellen (operanten) Konditionierung** nach Skinner keine eindeutigen Unterscheidungen getroffen werden. Sie scheinen miteinander zu interagieren. Gleichwohl können beide Modelle in ihrer Verschränkung miteinander grundlegende Konditionierungsprozesse bei Traumatisierung durch Folter erhellen und als Hintergrund für Verhaltensanalyse und Entwicklung verhaltenstherapeutischen Vorgehens dienen.

Respondente Konditionierung B-Typ

Bei der Pawlow-Typ-B-Konditionierung sind die unkonditionierten Stimuli (UCS) aversive Ereignisse. Die extrem aversiven Einwirkungen durch Folter lösen sehr heftige unkonditionierte Reaktionen aus (z.B. unerträglicher Schmerz, Todesangst, Hyperarousal). Der Konditionierungsprozeß setzt ein durch Assoziation der UCS mit zuvor neutralen Stimuli, die während der traumatischen Situation bzw. des traumatischen Verlaufs anwesend waren. Diese Stimulismuster werden damit zu einer Klasse von konditionierten Stimuli (CS), die konditionierte Reaktionen (CR) auslösen. Flor (1991) weist darauf hin, daß die CR den UCR hinsichtlich Intensität und Dauer sehr ähnlich sind und daß die Heftigkeit der UCR die Persistenz der Typ-B-Konditionierungen begründen. Typ-B-CRs erweisen sich als besonders extinktionsresistent und machen so das Andauern von **Vermeidungsreaktionen** wahrscheinlich. Bei aversiven Reizsituationen besteht außerdem eine hohe Wahrscheinlichkeit für Reizgeneralisierungen: Ähnliche Reize gewinnen Signalfunktion und können als cues die gesamte traumatische Verhaltenskette auslösen. Damit werden Flucht- und Vermeidungsverhalten aufrechterhalten.

Instrumentelle Verstärkung (operantes Lernen)

Die im respondenten Prozeß konditionierten emotionalen Reaktionen (CR) besitzen zugleich innere Stimuluseigenschaften für den Organismus. Sie können Klassen operanter Reaktionen hervorrufen, die im wesentlichen durch die kontingenten Konsequenzen (C+ oder C-) in ihrer Auftretenswahrscheinlichkeit gesteuert werden. Im Falle der extrem aversiven Traumasituation (Folter) wird eine konditionierte emotionale Angst-/Furchtsituation ausgelöst, die zum verdeckten (im Organismus) Auslöser für eine Klasse von Flucht- und Vermeidungsreaktionen wird. Die Aufrechterhaltung dieser Reaktionen erfolgt durch **negative Verstärkung** (C-), d.h. sie erhalten Persistenz durch die Beendigung

bzw. den Wegfall (wenn auch nur kurzfristig) der konditionierten aversiven Situation/Reaktion. Durch diese Verschränkung des Konditionierens in sehr schmerzhaften Situationen und der folgenden negativen Verstärkung von Vermeidungsreaktionen entstehen sehr lösungsresistente Verhaltensketten und -muster, die als eine Erklärungsgrundlage für oft Jahrzehnte überdauernde posttraumatische Belastungsreaktionen gefolterter Menschen dienen mag.

Kognitiv-behaviorale Verhaltensmodelle

Ebenso wenig wie die klassischen Lern- und Verhaltensmodelle klar voneinander unterscheidbare Konzepte hervorgebracht haben, gibt es die kognitive Lern- und Verhaltenstheorie.

Auf Tolman (1932) zurückgehend faßt Reinecker Lernen als Bildung von **Erwartungsmustern** zusammen. Dabei interagieren „...biologische Prädispositionen und kognitive Prozesse der Wahrnehmung, der Bildung von Regeln und der Schaffung sinnvoller Assoziationen ... Als wichtige Elemente einer kognitiven Lerntheorie werden ausschließlich Prozesse des Gedächtnisses, der Bildung von Symbolen, die Fähigkeit zum Aufstellen von Regeln und Mechanismen kognitiver Transformationen angesehen“ (1994, S. 200).

Erfahrungen wie grausame Mißhandlungen und Folterungen können von Menschen gewöhnlich nicht in bestehende kognitive Muster integriert werden. D.h., daß der Sinngehalt der Ereignisse nicht verarbeitet werden kann und daß das Opfer hinsichtlich seines psychischen Bewältigungsvermögens überfordert ist. Solche fundamentalen Sinnveränderungen lassen klassische Konditionierungsmodelle als unzureichend erscheinen und erfordern nach Koss u. Harvey (1991) eine semantische Theorie. Die Foltererereignisse rufen Streßreaktionen hervor mit extremen physiologischen Erregungszuständen (arousal), die dadurch verstärkt werden, daß kognitive Prozesse desorganisiert und Grundannahmen über das Selbst und die Welt bedroht und zerstört werden. Solche Grundannahmen beinhalten nach Janoff-Bulman (1985):

- Persönliche Sicherheit, Integrität, Selbstwert und Unverletzbarkeit.
- Ein Verständnis der Welt als geordnet und sinnvoll.
- Die Einschätzung von anderen Menschen als hilfreich und gut.

Werden diese Grundannahmen verletzt oder zerstört, ist die mißglückte, notdürftige „Rekonstruktion“ des Selbst gewöhnlich negativer Art: Das Opfer erlebt sich als hilflos, ineffektiv und wertlos. Es tendiert dazu, sich selbst Schuld an den Ereignissen zuzuschreiben und Affekte gegen sich selbst zu richten.

Da systematische Folter unentrinnbar und unvorhersagbar gestaltet wird, ist es unmöglich für die Opfer, Stressoren und Streßreaktionen angemessen zu kontrollieren (coping). Seligmans Konzept der erlernten Hilflosigkeit, das zu einer der Grundlagen kognitiver Therapie von Depressionen geworden ist (Beck u. Mitarb. 1992) ist auch auf gefolterte Klienten übertragbar.

Foa u. Mitarb. (1989) nehmen mit dem kognitiven Konzept der **Angststrukturen** an, daß infolge Extremtraumatisierung solche Angststrukturen entstehen, die die gesamte Persönlichkeit beherrschen. So kann die Stimulierung von Teilen der Angststruktur die gesamte Angststruktur aktivieren, welche dann mit einhergehenden starken physiologischen Reaktionen die Verarbeitung von Informationen blockieren.

So können gefolterte Menschen Widerspruchsevidenzen oft nicht einmal wahrnehmen. Ist z.B. infolge der Traumatisierung ein kognitives Schema mit **Beliefs** entstanden über die grundsätzlich schlechte Natur der Menschen, so kann sich dieses nicht ändern, da das Individuum Situationen nicht wahrnimmt oder erinnert, in denen Menschen freundlich und hilfreich sind oder waren. Die Expansion der traumatischen beliefs kann sogar alle prätraumatischen Lebensphasen negativ umdeuten (Gurris 1993), z.B., indem das ganze Leben als schlecht und wertlos gedeutet wird. Positive Ressourcen als Bewältigungsgrundlage werden so verschüttet. Durch Zufügen unerträglicher Schmerzen und systematischer Verwirrpraktiken können Folteropfer sogar die Realitätskonstruktion ihrer Peiniger übernehmen und in eine tragische Bindungsabhängigkeit geraten (Identifikation mit dem Aggressor in der Psychoanalyse). Dieses Entstehen einer **traumatischen Bindung** folgt aus dem verzweiferten Bedürfnis, überwältigenden Streß und Arousal zu vermindern und eine Art von Kontrolle, Sinn und Ordnung wiederzugewinnen. Bei andauernden Traumatisierungen durch Folter entsteht in lebensbedrohenden Streß- und Gefahrensituationen ein gesteigertes Bedürfnis nach Fürsorge, Schutz, Bewältigungshilfe und Sinngebung (Gurris 1993), um Arousal und Affekte zu regulieren. Schlimmstenfalls ist es dann nur der Folterer, der dieses Bedürfnis befriedigen kann. Die Unmöglichkeit, sich während und nach der traumatischen Situation an vertraute Menschen zu wenden, bedeutet den Verlust der wichtigsten Bewältigungsfähigkeiten, die Menschen zur Verfügung haben.

Verhaltenstherapeutische Konzepte

Obwohl der kognitiv-behaviorale Ansatz keinen expliziten Grenzbegriff formuliert, strebt er doch auch in der Therapie mit Traumaüberlebenden die Rekonstruktion von verletzten und zerstörten Grenzen der Persönlichkeit an durch Hilfe zur angemessen adaptiven Integration des Erlebten in die kognitiven Schemata des Selbst, unter Berücksichtigung der neurovegetativen, behavioralen und kognitiven Aspekte der Traumatisierung und deren Folgen. Angesichts der Vielfalt langanhaltender und sehr lösungsresistenter posttraumatischer und exilbedingter Belastungen der Folterüberlebenden werden in der kognitiv-behavioralen Therapie multimodale Konzepte, Methoden und Techniken in integrativer Weise verbunden (Meichenbaum 1994). Auch Ansätze anderer „Schulen“, wie Aspekte des Psychodrama, der Systemischen Therapie (Trepper u. Barrett 1989) oder der Hypnotherapie, können sinnvoll integriert werden. Im Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin wurden in einem Fall psychoanalytische und verhaltenstherapeutische Vorgehensweisen durch zwei Therapeuten realisiert (Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin 1994).

Auch in der kognitiv-behavioralen Therapie ist zu beachten, daß schon allein das therapeutische Setting Retraumatisierungen bei den Klienten hervorrufen kann. Es kann Fragmente von Verhör- und Foltersituationen wachrufen.

Die Extremerfahrungen gefolterter Menschen können auch bei Therapeuten Angst- und Vermeidungsreaktionen auslösen, die wiederum bei den Klienten zur Annahme führen können, ihnen werde nicht geglaubt, sie könnten ihr Schicksal dem Therapeuten nicht zumuten oder der Therapeut bestätige das negative Selbstbild von Selbstablehnung und Zuschreibung von eigenem Versagen und Schuld. Auch Verhaltenstherapeuten stehen in der Pflicht, bei gefolterten Klienten sorg-

sam und authentisch mit Grenzen umzugehen (Hawellek 1992) und z. B. auch nicht überprotektiv auf Klienten zu reagieren, die überwältigende Unmenschlichkeit erfahren haben. Die Verhaltenstherapie zielt auf die Ausbildung von **Selbstmanagement** (Kanfer u. Mitarb. 1991) und Bewältigungsfertigkeiten. Der therapeutische Prozeß beinhaltet angemessene rationale und psychoedukative Informationen. So werden z. B. die gefolterten Klienten in verständlicher angemessener Sprache über die Wirkzusammenhänge ihrer körperlichen und psychischen Belastungen informiert, ihre Symptome werden als zunächst sinnvolle und protektive Bewältigungsversuche auf unnormale Situationen und nicht im Sinne des Krankheitsmodells, das eher die gelernte Hilflosigkeit unterstützt, dargestellt. Die Form der Rationale ist nicht belehrend, sondern ein einführend-reflektierender „Sokratischer Austausch“ in Zusammenarbeit mit den Klienten und mit der Möglichkeit der Bestätigung oder Zurückweisung.

Feedback, offene Fragen und der offen verbalisierte Umgang mit Eindrücken, Gedanken und Verhaltensbeobachtungen sowie rational-emotiver Dialog sind aktiver und direkter Part der Therapie. Zu ersten Schritten der Symptombewältigung gehört bei Folterüberlebenden zumeist der Umgang mit den psychosomatischen Schmerzzuständen, unter denen die meisten Klienten leiden. Durch übende Verfahren der Entspannung, der Atmung und der Bewegungsaktivierung erfahren die Klienten das Zusammenspiel von Schmerzerwartung, muskulärer Verspannung, kognitiver Bewertung und Aufrechterhaltung des Circulus vitiosus. So werden gegenkonditionierende Bewältigungsfertigkeiten erlernt. Durch Reduktion von Schmerzverhalten gewinnen sie wieder erste Gefühle von Selbstkontrolle, die während der Folter verloren gingen.

Solche Verfahren der **Gegenkonditionierung** können als Therapiephase über weite Anteile der posttraumatischen Belastungsreaktionen gespannt werden. So können generalisierte Ängste, Phobien, Panikattacken und Zwänge, Reaktionen, die fast immer Folge von Foltererfahrungen sind, sowohl durch systematische Desensitivierung als auch durch geleitete Konfrontation mit vermiedenen Situationen flankierend behandelt werden.

Die zentrale Phase in der Therapie mit Folterüberlebenden ist aber die linguistische bzw. semantische Bewältigung der Folterereignisse und damit die **Integration** der Traumarealität in das kognitive Selbstkonzept als hinreichend sinn- und bedeutungsvoll. Nur so, durch die Aufhebung des überwiegenden kognitiven und behavioralen Vermeidungsverhaltens, können Stärke und Persistenz des PTSD (Posttraumatic Stress Disorder) auf Dauer reduziert werden. Um diese Integration zu erreichen, ist es nach Mollica u. Mitarb. notwendig, „Worte über das Erlebte und die begleitenden Gefühle herum zu formen“ (Mollica u. Mitarb. 1987). Dies bedeutet die Wiederbelebung der inneren Welt von Symbolen, Phantasien, die Restrukturierung kognitiver Annahmen, die Veränderung negativer „automatischer“ Gedanken (Beck 1992) und die Prüfung und Veränderung von Attributionen (z. B. die Selbstzuschreibung von Schuld).

Es hat sich in der Traumatherapie auch bewährt, erste Rekonstruktionsschritte des beschädigten Selbst vorzunehmen durch Freilegen und Stärken von Ressourcen (im hypnotherapeutischen Sinn [Dreher u. Woods 1989]), welche vor den traumatischen Situationen bestanden. In Entspannung oder nach hypnotherapeutischer Tranceinduktion ermöglichen **geleitete Imaginationen** Zugang zu positiven Erfahrungen und selbstwertstärkenden Erinnerungen, die vor der Trau-

matisierung Schutz, Sicherheit und kognitive Orientierung gaben. Die in den **Innenbildern** der Klienten entwickelten Szenarien werden in ihren kreativen, schützenden und heilenden Aspekten geankert, so z. B. mit angenehmen assoziierten Sinnesempfindungen wie Gerüchen, Farben, Körpersensationen oder Geräuschen konditioniert und verfügbar gemacht.

Die nächste Therapiephase beinhaltet die Konfrontation mit den vermiedenen Stimuli der traumatischen Situationen als vorsichtiges, schrittweises und wiederholtes **Flooding**. Dieses bedingt das uneingeschränkte Einverständnis der Klienten, das zuvor durch entsprechende Rationale erarbeitet sein muß. Das Ziel ist, den Teufelskreis der Vermeidung aufzubrechen, durch den gefolterte Menschen durch Fragmente der traumatischen Situationen (Flashbacks und Alpträume sowie im weiteren Sinn durch psychosomatische Schmerzen) immer wieder überfallen werden. Das therapeutische Reinszenieren (re-enacting) dagegen ist das im Schutzraum ermöglichte Erinnern, Imaginieren und Aussprechen der traumatischen Erfahrungen. Soweit möglich, unterstützen Therapeuten die angemessene Sinn- und Bedeutungszuschreibung. Für „unfaßbare“ Ereignisse wird empathische Anteilnahme gegeben. Hilfreich ist oft auch die Bedeutungsklä rung, z. B. die Erhellung der Absichten der Folterer, womit Verminderung von Scham- und Schuldgefühlen bewirkt werden kann. Es können starke Emotionen freigesetzt werden, indem z. B. angemessene Trauer, Wut, oder Aggression die Klienten aus der traumatischen Erstarrung lösen. Das wiederholte Durcharbeiten durch Imagination, Beschreibung und Bedeutungsfindung führt allmählich zur bewußten Integration des Traumas in das Selbst. Die Vermeidungstendenz wird verringert, womit sich auch die vielfältigen Symptome reduzieren. Während die erste Reinszenierung zumeist heftige affektive Reaktionen auf hohem Erregungsniveau auslöst, führen die folgenden Wiederholungen zu einer stetigen Habituation.

Die Klienten registrieren dies in subjektiven Ratings über ihr Befinden und gewinnen mehr und mehr Selbstkontrolle über diesen Prozeß, lernen am Erfolg der oft dramatisch verbesserten Gesamtbefindlichkeit.

In späteren Sitzungen können erneute Wiederholungen streßimpfend (Meichenbaum 1991) und rückfallprophylaktisch wirken. Auch der Transfer auf bedrohliche Alltagssituationen kann in dieser Weise zur Stabilisierung der Befindlichkeit beitragen.

Je länger die Traumata zurückliegen, desto schwieriger wird zumeist der therapeutische Prozeß.

„Heilung“ bedeutet bei Folteropfern oft eher die Hilfe zum Überleben, zur Vernarbung von offengehaltenen Wunden (Hoppe 1985).

Sexuelle Traumatisierung¹

Die sexuelle Selbstbestimmung gehört zum Kernbereich eines intakten und kompetenten Selbstgefühls. Das menschliche Selbstverhältnis, seine Abgrenzung vom Anderen oder die Öffnung zum Anderen hin ist wesentlich auf der körperlichen Intimsphäre und der Selbstbestimmung, zumindest in diesem ganz persönlichen Bereich, aufgebaut. Einen anderen

¹ In diesem Abschnitt werden Forschungsergebnisse des Freiburger Instituts für Psychotraumatologie zur „natural history“ und Therapie der sexuellen Traumatisierung berücksichtigt. Für Forschungsmittelstützung danken wir u. a. der Landesversicherungsanstalt Baden.

Menschen hier teilhaben zu lassen, ist Ausdruck von Zuneigung, enger persönlicher Vertrautheit und Liebe.

Verstöße gegen die sexuelle Selbstbestimmung, ob in Kindheit oder Erwachsenenalter, kehren diesen Kern unseres Selbstverständnisses um. Die Opfer unterliegen einer zentralen „Invasion“ ihres Selbstgefühles. Die bei sexueller Traumatisierung besonders häufigen Dissoziationstendenzen wie Depersonalisierung und Derealisierung können in diesem Zusammenhang als Versuche der „Selbst“-Rettung und „Selbst“-Bewahrung verstanden werden. Wenn in der Depersonalisierung beispielsweise das Opfer einer Vergewaltigung Körper heraustritt, es fertigbringt, wie ein „unbeteiligter Zuschauer“ den ungeheuren Vorgängen zuzuschauen, wie nicht wenige Opfer berichten, so können wir dies als einen Versuch verstehen, den „Intimbereich“ aus der bedrohten Körpersphäre fortzuverlagern in einen imaginativen Fluchtpunkt, zu dem der Folterer und sexuelle Gewalttäter keinen Zugang mehr haben. Dies ist ein Beispiel für peritraumatische Dissoziation als psychischer Überlebensmechanismus. Nach Ende der traumatischen Situation können Überlebensstrategien wie Rückzug von der eigenen Körperlichkeit noch über lange Zeit erhalten bleiben. Dann verlieren sie ihren ursprünglichen Sinn und werden oft zum Hindernis für weitere Entwicklungsmöglichkeiten, die der Weg vom Opfer zum Überlebenden des Traumas mit sich bringen kann.

Vergehen gegen die sexuelle Selbstbestimmung scheinen regelmäßig in besonderer Weise die Grenzen des Selbst zu verletzen und zu einer Konfusion in elementaren Unterscheidungskriterien wie Selbst/Anderer, freundlich/feindlich, vertraut/fremd usw. zu führen. Ochberg (1988 u. 1993) hat analog zum Aufbau des PTSD im DSM-IV ein Syndrom der Victimisierungsfolgen beschrieben, das die Konfusion der Selbst/Anderer-Unterscheidung und weitere Folgen der besonders verwirrenden Erfahrung negativer sexueller Intimität zum Ausdruck bringt:

„A) The experience, or witnessing, of one or more episodes of physical violence or psychological abuse or of being coerced into sexual activity by another person. B) The development of at least (number to be determined) of the following symptoms (not present before the victimization experiences):

1. A generalized sense of being ineffective in dealing with one's environment that is not limited to the victimization experience (e.g. generalized passivity, lack of assertiveness, or lack of confidence in one's own judgment).
2. The belief that one has been permanently damaged by the victimization experience (e.g., a sexually abused child or rape victim believing that he or she will never be attractive to others).
3. Feeling isolated or unable to trust or to be intimate with others.
4. Overinhibition of anger or excessive expression of anger.
5. Inappropriate minimizing of the injuries that were inflicted.
6. Amnesia for the victimization experiences.
7. Belief that one deserved to be victimized, rather than blaming the perpetrator.
8. Vulnerability to being revictimized.
9. Adopting the distorted beliefs of the perpetrator with regard to interpersonal behavior (e.g., believing that it is OK for parents to have sex with their children, or that it is OK for a husband to beat his wife to keep her obedient).
10. Inappropriate idealization of the perpetrator.

C. Duration of the disturbance of a least one month“ (1993, 782).

Im einzelnen umfaßt die Victimisierungsstörung die folgenden Symptome:

1. Shame: Deep embarrassment, often characterized as hu-

miliation or mortification. 2. Selfblame: Exaggerated feelings of responsibility for the traumatic event, with guilt and remorse, despite obvious evidence of innocence. 3. Subjugation: Feeling belittled, dehumanized, lowered in dominance, and powerless as a direct result of the trauma. 4. Morbid hatred: Obsessions of vengeance and preoccupation with hurting or humiliating the perpetrator, with or without outbursts of anger or rage. 5. Paradoxical gratitude: Positive feelings toward the victimizer ranging from compassion to romantic love, including attachment but not necessarily identification. The feelings are usually experienced as ironic but profound gratitude for the gift of life from one who has demonstrated the will to kill. (Also known as pathological transference and "Stockholm Syndrome"). 6. Defilement: Feeling dirty, disgusted, disgusting, tainted, "like spoiled goods" and in extreme cases, rotten and evil. 7. Sexual inhibition. Loss of libido, reduced capacity for intimacy, more frequently associated with sexual assault. 8. Resignation: A state of broken will or despair, often associated with repetitive victimization or prolonged exploitation, with markedly diminished interest in past or future. 9. Second injury or second wound: Revictimization through participation in the criminal justice, health, mental health, and other systems. 10. Socioeconomic status downward drift: Reduction of opportunity or life-style, and increased risk of repeated criminal victimization due to psychological, social, and vocational impairment“ (ebd. 782/783).

Symptome wie paradoxe Dankbarkeit, Idealisierung des Täters oder Übernahme seiner Weltsicht, die auf einen Verlust der Selbstgrenzen hindeuten, wurden in der Psychoanalyse als Identifizierung mit dem Angreifer beschrieben oder auch als „Introjektion des Schuldgefühls des Täters“ (Ferenczi 1933), wenn ausgerechnet das Opfer die Schuldgefühle und Selbstanklagen entwickelt, die der Täter vermissen läßt.

Sogar noch eine Steigerung in der Konfusion zwischen Selbst- und Fremdbildaspekten (den „Repräsentanzen“ von Selbst und Partner im Sinne sowohl der Kognitiven Psychologie wie der Psychoanalyse) ist zu erwarten, wenn der Täter zugleich Bindungsfigur für das Opfer ist, wie beim sexuellen Kindesmißbrauch durch die Eltern (zu Häufigkeit und Folgen etwa Bange 1992), mit dem Opfer eng vertraut oder gut bekannt ist wie bei Vergewaltigung in der Ehe oder auch sonst bei Vergewaltigung (vgl. Kretschmann 1993, Calhoun/Atkeson 1994), bei sexuellem Mißbrauch in Psychotherapie und Psychiatrie (Becker-Fischer u. Fischer 1996) oder im Laufe der traumatischen Situation zu einem Vertrauten wird, wie manchmal bei Geiselnahme und sexueller Folter (Gurris 1994), insbesondere wenn die Folterer Verwirrtechniken wie Double-binds verwenden. In all diesen Fällen tritt eine Desorientierung ein hinsichtlich der „guten“ versus „bösen“, freundlichen versus feindlichen Aspekte des Täters. Ähnlich wie sexuell und physisch mißhandelte Kinder sind bisweilen auch erwachsene Opfer aus seelischen Überlebensgründen gezwungen, das Bild vom Täter gewissermaßen aufzuspalten und an einem „guten“, eventuell sogar idealen (Teil-)Bild festzuhalten. In dialektischer Konsequenz wird das bedrohliche und hassenswerte Bild auf andere Personen verschoben, von Folterern durch „Bad-guy-Good-guy“-Techniken noch unterstützt, und/oder das negative Bild wird auf die eigene Person verlagert und führt zu den Schuldgefühlen und Selbstanklagen des Victimisierungssyndroms. „Spaltungsvorgänge“ als ein Abwehrmechanismus wurden in der psychoanalytischen Literatur beschrieben, für die „Borderline-Persönlichkeit“ z. B. von Kernberg (1978), allerdings auf über

400 Seiten Text ohne jeden Bezug auf sexuelle und physische Traumatisierungen, die, wie wir heute wissen, den biographischen Hintergrund zahlreicher Borderlinepatienten bilden (eine Übersicht bei Rohde-Dachser 1994). Auch die kognitive Aufspaltung des Täters in eine gute und böse Teilrepräsentanz ist ein Überlebensmechanismus, der die Opfer vorübergehend vor Verzweiflung bewahren kann. Der Preis dieser kognitiven Selbstmanipulation im „Personenschema“ ist die auch posttraumatisch fortbestehende emotionale Bindung an den Täter und die Neigung zu Selbstentwertung und Selbstanklage, die sich bis hin zu Suizidhandlungen steigern kann.

Therapie

Neben Aspekten der Traumaverarbeitung im weiteren Sinne wie **Re-enactment** bzw. **Re-experiencing**, **Katharsis** und **Durcharbeiten** muß die Therapie speziell bei sexueller Traumatisierung den „gordischen Beziehungsknoten“ auflösen, den der Täter um das Opfer geschlungen hat und der jetzt dessen persönliche Weiterentwicklung verhindert. Der Umgang mit dieser verzwickten Beziehungsproblematik erfordert dialektische Strategien, wie sie von Fischer (1983, 1986 u. 1989) für die psychodynamische Therapiekonzeption entwickelt wurde, von Linehan (1987 u. 1994) für die Verhaltenstherapie. Dialektische Strategien zielen darauf ab, den Patienten die Widersprüche erkennen zu lassen, in die er sich mit Überlebenstechniken verstrickt, die in der ursprünglichen Notlage zumeist hilfreich waren, sich später aber als kontraproduktiv erweisen. Für die Arbeit mit sexuell traumatisierten Patienten hat Fischer (1990) einen therapeutischen Veränderungsschritt beschrieben, den er als die „Fähigkeit zur Objektspaltung“ bezeichnet. Gemeint ist die metakognitive (Flavell 1976) Fähigkeit, die bisherige Aufspaltung des Täterbildes und die Idealisierung des Täters als eine wunschbestimmte Illusion zu durchschauen, sich emotional vom Täter lösen und so die Selbstgrenzen wieder klar und eigenbestimmt aufrichten zu können. Manche Therapeuten versuchen, diesen Schritt mit psychoedukativen Mitteln durch Deklarationen herbeizuführen oder zu erleichtern. In der praktischen Arbeit kann dies leicht zu Enttäuschung und Resignation führen, wenn die Opfer zuerst alle Warnungen dankbar aufnehmen, um dann schließlich doch zum Täter und damit in das traumatische Milieu zurückzukehren. In einer dialektischen Therapiekonzeption muß hier die therapeutische Beziehungsebene als unerläßlicher Vermittlungsschritt berücksichtigt werden. Im gleichen Maße, wie der Klient/Patient innerlich an den Täter gebunden bleibt, überträgt er auf den Therapeuten oder die Selbsthilfegruppe Aspekte des negativen Täterbildes. Durch unbewußte „Be-

ziehungstests“ (Sampson u. Weiss 1983) unterwirft der Patient den Therapeuten einer Probe, um festzustellen, ob dieser wirklich in der Lage ist, sich anders zu verhalten als der Täter oder ob er strukturell letztlich doch ähnlich reagiert. Wenn nun der Therapeut sich durch zuviel psychoedukative Rhetorik vom Täter distanziert, so kommt er paradoxerweise nicht länger für den „Übertragungstest“ in Frage. Erst wenn es dem Therapeuten gelingt, in einer Schlüsselszene, die strukturell der Mißbrauchssituation oft bedenklich nahekommt, die gelernten Erwartungsmuster des Patienten dialektisch zu durchkreuzen, sich in diesem Sinne also „erwartungswidrig“ (Fischer 1983) zu verhalten, kommt die emotionale Ablösung vom Täter und die metakognitive Überwindung der Spaltung im Täterbild zustande. Der Veränderungsschritt, der den „gordischen Knoten“ der bisherigen Selbst – Objekt – Konfusion lösen kann, ist durch drei Merkmale gekennzeichnet:

- durch den Aufbau eines tragfähigen Arbeitsbündnisses und damit eine neue, vertrauensvolle Beziehungserfahrung;
- eine therapeutische Intervention, die einen stabilen Bezugspunkt jenseits des konfundierten Täterkonzeptes setzt und
- die Fähigkeit des Patienten, die Differenz zwischen seiner negativen Erwartung dem Therapeuten gegenüber und dessen realem Verhalten (nicht nur seinen verbalen Äußerungen) zu erkennen.

Diese Aufhebung der Idealisierung des Täters und metakognitive Integration der negativen, hassenswerten Aspekte in das Täterbild ist eine notwendige Bedingung für den Therapieerfolg in der Arbeit mit Patienten, die in ihrer Kindheit oder auch später als Erwachsene durch sexuelle oder physische Gewalt traumatisiert worden sind und Symptome der Victimisierungsstörung entwickelt haben. Beim Durcharbeiten der traumatischen Situation kann jetzt die Grenze zwischen Selbst und Objekt aufrechterhalten und die traumatische Erfahrung in ihrer realen Verursachung auch emotional begriffen werden. Selbstanklagen und die diversen Selbsterniedrigungstendenzen des Victimisierungssyndroms erübrigen sich auf diese Weise. Prinzipiell ist der Weg frei für die Überwindung der „Gegenabhängigkeit“, der Fixierung an die Tat und den Täter, unter der manche Opfer sogar lebenslang leiden; für den Aufbau eines Selbst- und Weltverhältnisses, das das Trauma integrieren kann, ohne sich noch länger von der Gewalttat beherrschen lassen müssen. Die weiteren Entwicklungsschritte, die sich an die „Fähigkeit zur Objektspaltung“ anschließen, bilden zugleich den Weg vom „Opfer“ zum „Überlebenden“ des Traumas.

47. Notfälle

Psychoanalytische Behandlungsansätze

G. Heuft

Wann ist eine psychische Krise ein Notfall?

Es gibt akute Krisensituationen, die ein rasches und wirkungsvolles Eingreifen erfordern, um zu verhindern, daß der Patient in einer psychischen Ausnahmesituation durch Agieren Fakten schafft, die nicht mehr veränderbar sind und ihn selber oder/und anderen Schaden zufügt. Die Paradigmen der therapeutischen Abstinenz, der gleichschwebenden Aufmerksamkeit und des selbstverantworteten Lebens müssen in diesen Fällen durch die Notwendigkeit therapeutischen Handelns ergänzt werden. Typische Beispiele für solche Notfallsituationen sind (vgl. Tab. 47.1) intrapsychische Krisen, psychosoziale Krisen, Notfälle durch akute Traumatisierung, psychosomatische Krisen, somatopsychische Krisen und gerontopsychosomatische Identitätskrisen.

Diese Notfälle stehen stets im Kontext psychischer Krisen – jedoch nicht jede psychische Krise entspricht einem Behandlungsnotfall. So verstand E. H. Erikson (1959) Krisen als normale Reifungsphasen in der psychosozialen Entwicklung jedes Menschen und beschrieb Lebenskrisen wie z. B. die Adoleszenz oder Partner- und Berufswahl. Während Erikson die Unverbindlichkeit dieser Krisen im Sinne von Wendepunk-

ten mit Gefahr und Chance sah, betonte die Ich-Psychologie (Hartmann 1939) die Krise als Überbelastungssituation mit emotionalem Ungleichgewicht und Desorganisation. Lindemann (1944) gilt als einer der Pioniere einer Psychotraumatologie aufgrund seiner Studie von akuten Trauerreaktionen nach einer Feuerkatastrophe in Boston. Seine Vorschläge für eine akute therapeutische Begleitung in der Trauerarbeit erscheinen bis heute relevant.

Ergänzend betonte Hoff (1984) die soziale Dimension von Krisen: Nicht die Ereignisse selber, sondern deren Interpretation, der Grad der Bewältigungsfähigkeit und die verfügbaren sozialen Ressourcen bestimmen Verlauf und Ausmaß der Krisen. Diese soziale Dimension wurde aus Sicht der Familientherapie als Zusammenbruch des funktionierenden Familiensystems (Minuchin 1977, Selvini Palazzoli u. Mitarb. 1975) beschrieben.

Alle diese Krisen erlauben in der Regel ein geplantes, terminierbares therapeutisches Vorgehen in einem definierten Setting. Gleiches gilt für die Bearbeitung von Traumata (wie z. B. Mißhandlung, sexueller Mißbrauch) in der zurückliegenden Biographie des Patienten, die entweder Anlaß einer psychotherapeutischen Behandlung sind oder erst im Laufe einer psychoanalytischen Behandlung „entdeckt“, d. h. wiedererinnert werden (vgl. Ellerbrok u. Mitarb. 1995). Die hier angesprochenen Notfallsituationen dulden dagegen aufgrund der Akuität der Symptomatik, des extremen Leidensdrucks oder/und der Selbst- respektive Fremdgefährdung keinen Aufschub. Für die Notfallpsychotherapie haben die Herausarbeitung psychotraumatologischer Behandlungsansätze (vgl. für den deutschsprachigen Raum z. B. Fischer 1995) eine besondere Bedeutung, da die Notwendigkeit psychotherapeutischer Interventionen nach akuten Traumatisierungen, wie z. B. Terroranschlägen, Unfällen oder Naturkatastrophen, zunehmend mehr ins Bewußtsein rücken.

Tabelle 47.1 Notfälle in der Psychotherapeutischen Medizin

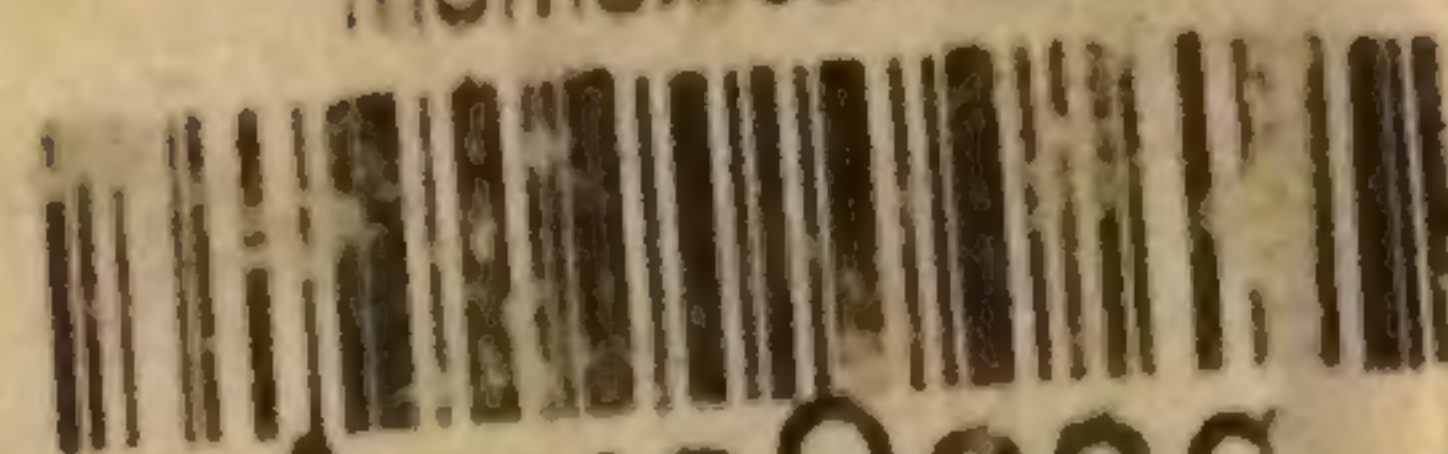
- **Intrapsychische Krisen**
 - Kränkungserlebnisse mit suizidaler Gefährdung
 - affektive Krisen und präpsychotische Entwicklung
 - negative Übertragungskonflikte in laufenden Behandlungen
- **Psychosoziale Krisen**
 - familiäre Krisensituationen
 - Krisen in Beruf und Wohnsituation
- **Notfälle durch akute Traumatisierung**
- **Psychosomatische Krisen**
 - herzangstneurotischer Anfall
 - Notfälle bei Anorexia nervosa
 - akute Konversionssymptomatik
 - Notfälle bei Artefakt-Patienten
- **Somatische Krisen**
 - Konfrontation mit schweren Körperkrankheiten
 - Organtransplantation
- **Gerontopsychosomatische Identitätskrisen**

Vom Standardsetting zur Notfallbehandlung

Freud stand der psychoanalytischen Behandlung akuter Krisenzustände skeptisch gegenüber: „In akut krisenhaften Zuständen ist die Analyse so gut wie nicht zu brauchen. Alles Interesse des Ichs wird dann von der schmerzhaften Realität in Anspruch genommen und verweigert sich der Analyse, die hinter diese Oberfläche führen und die Einflüsse der Vergangenheit aufdecken will“ (1937, S. 372). Ferenczi versuchte durch seine sog. „aktive Technik“ die Analysen abzukürzen, indem er z. B. Zwangsrituale verbot oder phobischen Patienten Angstexposition empfahl. Sein „Prinzip der Gewährung“ (Ferenczi 1930, S. 263) sollte im Gegensatz zur starren Versagung helfen, den Wiederholungszwang aufzuheben. In ihrem umstrittenen Konzept der „korrigierenden emotionalen

momox

momox.com/sale



A-us9ssq

„Psychoanalytiker stochern immer nur in der Kindheit herum und spekulieren – Verhaltenstherapeuten kurieren Symptome oberflächlich und lassen die Biografie eines Menschen außer acht.“ Diese Überzeugung – möglicherweise noch verbunden mit den Positionen von Ärzten auf der einen und klinischen Psychologen auf der anderen Seite – steckt noch immer in den Köpfen vieler Therapeuten.

Dieses Buch will die Mauer zwischen den Therapieschulen und zwischen den Berufsgruppen überwinden. Es greift damit wichtige Strömungen der aktuellen Psychotherapie-Diskussion auf, und es will diese Entwicklung auch mitbestimmen.

Als Lehrbuch bietet es erstens die Möglichkeit, sich systematisch und objektiv und zugleich praxisorientiert bis ins Detail über die verschiedenen psychotherapeutischen Schulen zu informieren.

zweitens einen Überblick über die psychoanalytische, verhaltenstherapeutische und systemische Psychotherapie, und schließlich von prominenten Vertretern der einzelnen Schulen.

• eine systematische Anleitung zu verschiedenen diagnostischen Verfahren

- eine detaillierte Beschreibung der Behandlungstechnik
- einen ausführlichen, nosologisch aufgebauten Teil, der die spezifischen Aspekte von Diagnostik und Therapie für die wichtigsten Störungen behandelt
- viele praktische Hinweise für den Behandlungsalltag
- die Beschreibung der rechtlichen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen

Alle an Psychotherapie Interessierte sind angesprochen:

- Anfänger, die sich eingehend über die Psychotherapie und die Ausbildung orientieren und einen ersten Einstieg finden möchten
- Lernende, die alles, was Sie für Aus- und Weiterbildung benötigen, hier finden können
- Lehrende, die alle Ausbildungsinhalte von anerkannten Experten kurz und übersichtlich dargestellt vorfinden
- Professionelle Therapeuten, die es wagen möchten, einen Blick über den Zaun ihrer eigenen psychotherapeutischen Praxis zu werfen oder zu überprüfen, ob ihre Behandlungsstrategien noch dem heutigen Wissensstand entsprechen
- Die interessierte Öffentlichkeit, die sich einen differenzierten und objektiven Eindruck verschaffen kann.



Michael Broda

Wolfgang Senf